

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 196

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DUPUIDENUS

Né à Châlus (Haute-Vienne), le 29 décembre 1905
Ancien externe des Hôpitaux

SUPPURATIONS TYPHIQUES

ET

PARATYPHIQUES

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger DUPUIDENUS

Né à Châlus (Haute-Vienne), le 29 décembre 1905

Ancien externe des Hôpitaux

SUPPURATIONS TYPHIQUES

ET

PARATYPHIQUES

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire.	(MAUCLAIRE.
	(MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET. Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE ²PERMANENT

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale.
 CHIRAY . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ . . . Clinique médicale.
 DUVOIR . . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire		
FREY		Stomatologie,
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

En témoignage de mon affection.

A MA SŒUR

A MES GRAND'MÈRES

A MON GRAND-PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*Avec l'expression de notre profonde
reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait en voulant bien pré-
sider cette thèse.*

A NOTRE MAÎTRE

M. LE DOCTEUR MONDOR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail ; en témoignage de notre reconnaissance pour le précieux enseignement que nous avons reçu dans son service.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR DELBET

Externat

1927. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF

1928. M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

M. LE DOCTEUR APERT

1929. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL

1930. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

1931. M. LE DOCTEUR PAGNIEZ

Suppurations typhiques et paratyphiques des Kystes de l'Ovaire

Introduction

Les kystes de l'ovaire peuvent être infectés par le bacille typhique ou le bacille paratyphique B, et le point de départ d'une suppuration, qui offre, dans le cadre des infections des kystes ovariens, un intérêt particulier.

Certes, si cette localisation de l'infection éberthienne n'a pas la fréquence des autres complications de la fièvre typhoïde, si d'autre part l'infection typhique n'est pas la plus fréquente des suppurations des kystes ovariens, il n'en est pas moins vrai que la localisation d'un tel processus infectieux mérite, de par son siège et son évolution, une étude spéciale.

L'infection et la suppuration d'un kyste dermoïde, plus rarement mucoïde, sont possibles si l'on admet l'hypothèse d'un point d'appel, au niveau d'un organe antérieurement lésé (Widal-Ravaut-Le Sourd). Il semble également que l'on puisse évo-

quer d'emblée le fait que le bacille typhique ou paratyphique, trouve là un milieu favorable à son développement, en tous cas, milieu de résistance moindre, au sein d'une formation kystique, de nature dermoïde ou mucoïde. Nous avons relevé 26 observations de kystes suppurés, avec contrôle bactériologique : 23 observations relatent la suppuration d'origine éberthienne ; 3 seulement dépendent d'une suppuration manifeste à bacille paratyphique B.

La première est de Corscaden ; la seconde, plus succincte, est rapportée par M. Cordua dans un article sur les abcès paratyphiques de l'ovaire ; enfin nous relaterons une observation de M. le Dr Mondor, qui a eu l'obligeance de nous indiquer ce sujet de thèse. Non seulement le bacille paratyphique B fut retrouvé dans le pus du kyste dermoïde suppuré, mais une coupe de la paroi, chose rare, montra un bacille du groupe typhique ; cet examen confirma les présomptions cliniques et les constatations opératoires et bactériologiques de l'origine de l'infection.

Et nous avons envisagé ce sujet de thèse en nous imprégnant de l'idée que la suppuration typhique et la suppuration paratyphique des kystes ovariens, sont d'un diagnostic le plus souvent très difficile.

Leur étude offre en effet, tant au point de vue étiologique, qu'au point de vue clinique, un intérêt soutenu et une difficulté terminale de diagnostic sur laquelle il nous semble intéressant d'insister.

Intéressant aussi est le fait que la suppuration typhique semble moins exceptionnelle qu'on l'admettait communément ; il n'est pas toujours facile en effet de rattacher à son origine la suppuration d'un kyste ovarien, parfois infecté, du moins cliniquement de longs mois après une fièvre typhoïde.

Il semble que l'on puisse envisager une telle étude sous un double jour.

Tantôt, et fait essentiel, la suppuration éberthienne se localise sur un kyste de l'ovaire, préexistant cliniquement, diagnostiqué fermement par un examen antérieur chez une femme, jeune en général, en pleine période d'activité génitale.

L'apparition d'une telle complication pose avant tout un problème thérapeutique. L'attention du clinicien est attirée vers une affection ovarienne, quelqu'en soit sa nature et le diagnostic de l'infection bénéficie dans une certaine mesure du diagnostic de kyste de l'ovaire fait antérieurement.

Tantôt au contraire, la suppuration éberthienne et l'apparition d'un kyste de l'ovaire sont :

soit simultanées : il n'en existe qu'un cas dans la littérature ;

soit consécutifs : la localisation infectieuse apparaît au cours du troisième septennaire, pendant la convalescence, voire des mois après la fin de la dothientérie.

L'existence, au point de vue clinique, d'une tumeur abdominale et de signes généraux variables,

liés tantôt à une typhoïde en évolution, tantôt allant de pair avec l'apparition et les modifications de la tumeur sans qu'il soit possible de penser à une affection générale, l'existence d'une telle tumeur et de signes généraux variables posent surtout et avant tout un problème de diagnostic.

C'est qu'il faut avant tout rattacher la tuméfaction à l'ovaire et l'on sait combien difficile est cette discrimination, combien il demande une ou des explorations minutieuses, nous ne saurions trop insister sur la valeur séméiologique du toucher vaginal.

D'autre part il faut faire la part de la nature éberthienne d'une telle infection. Il faut mettre en valeur l'intérêt des examens complémentaires, examens de laboratoire : hémoculture et séro-diagnostic, qui viennent tant au point de vue diagnostic positif qu'au point de vue diagnostic bactériologique, jeter un jour nouveau sur l'affection et l'infection en cours. Souvent, même, ce n'est qu'une intervention qui vient en dernier ressort trancher un diagnostic jusque-là hésitant, intervention qui met à même, tout en permettant de faire un diagnostic visuel, de prélever au niveau du kyste infecté du pus, et par là même permet au laboratoire de rattacher soit au bacille d'Eberth, soit à l'un des paratyphiques, bien plus rarement, l'infection ovarienne.

L'intervention chirurgicale est l'aboutissant logique et judicieux d'un tel diagnostic, encore faut-il signaler les difficultés d'une telle intervention sur un kyste ovarien suppuré, à fragilité spéciale d'une

part, d'autre part kyste ayant contracté des adhérences, véritable périkytite, sur laquelle nous insisterons d'emblée. Kyste vasculaire, kyste friable, kyste adhérent : il n'en faut pas plus pour faire de l'ablation une ablation prudente chez une malade dont l'état général décline par ailleurs progressivement.

Et s'il convenait de porter un pronostic sur la suppuration typhique et paratyphique des kystes de l'ovaire, nous dirons qu'il nous a paru, de par la lecture des observations, relativement bon, de par la comparaison que l'on puisse en faire avec les autres infections des kystes de l'ovaire, d'une autre nature microbienne, voire infection méconnue.

Cette constatation nous permet par là même d'insister sur l'acte de valeur chirurgical, sanction thérapeutique dont dépend la vie des malades.

Historique.

C'est Nélaton qui donna la première description clinique complète de l'infection des kystes de l'ovaire en 1855. En 1860, dans le *Bulletin médical du Nord*, Wannerbroucq décrit une péritonite par rupture de kyste de l'ovaire infecté au décours d'une fièvre typhoïde.

Il faut aller à la fin du xix^e siècle pour réunir les observations publiées par Werth (1893), Sudeck (1896) avec contrôle bactériologique, observations relatées par Bouilly.

La première observation française avec Eberth dans le pus kystique fut relatée par MM. Widal et Ravaut en 1902 : M. Walther opéra la malade, l'on pensait à une appendicite, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire suppuré.

En 1904, Mme et M. Abadie publient un long travail dans le *Montpellier Médical* où ils réunissent onze observations avec un examen bactériologique précis. Tour à tour, Gans, Kriwsky, Laubenheimer rapportent des cas de kystes suppurés.

En 1921, Richter et Amreich publient une observation intéressante de péritonite par perforation de

kyste suppuré. Coleman relate les observations de R. Leconte et Lewis : cas intéressants ; après l'intervention, curatrice dans l'une d'entre elles, palliative dans l'autre, la fièvre typhoïde présenta une rechute et ces auteurs se demandèrent si l'ouverture de la poche purulente ne pouvait en libérant les germes, expliquer cette rechute ; il semble qu'il s'agisse de coïncidence car les interventions furent l'une et l'autre précoces.

Corscaden en 1923 publie une localisation infectieuse du bacille paratyphique B au niveau d'un kyste de l'ovaire. On pensa à une grippe, à une fièvre typhoïde, l'hémoculture, et le séro-diagnostic furent négatifs, le bacille paratyphique B fut retrouvé dans le pus kystique.

En 1928, M. J. Abadie publie à la Société de Chirurgie une observation de kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacilles d'Eberth.

En 1929, M. J. Tapie relate à la Société médicale des hôpitaux de Paris une observation intéressante. M. J. Pigot, dans sa thèse (1931), rapporte l'une et l'autre, ainsi qu'une observation de M. Laporte, sans preuve opératoire.

Von Cettingen, en 1930, relate un cas digne d'intérêt où la fièvre typhoïde précéda de quelques jours l'infection kystique qui parut avoir été introduite par voie vaginale.

Barsony, en 1931, publie l'observation d'un tératome infecté de l'ovaire.

Clerc, dans sa thèse, rapporte un cas de perfora-

tion kystique secondaire à une suppuration due au bacille d'Eberth.

Enfin, nous apporterons notre modeste contribution à cette étude en relatant une observation de M. Mondor, dans laquelle l'examen bactériologique du pus kystique montra du paratyphique B, retrouvé, chose sinon curieuse mais peu fréquente, au niveau de la paroi pyogène de ce kyste suppuré.

•

Etiologie

Le contenu aseptique du kyste est rendu septique par le bacille typhique, sur le rôle pyogène duquel nous n'avons pas à insister. Rappelons simplement qu'en 1896, Sudeck contestait encore le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth. Il n'est pas niable que l'existence de suppurations cutanées, ganglionnaires, osseuses, testiculaires, articulaires, viennent donner un singulier démenti à cette affirmation et confirmer cliniquement le rôle du bacille d'Eberth dans l'apparition de suppurations post-typhiques.

Le bacille d'Eberth est le plus souvent et presque toujours le germe mis en cause.

Quant à l'infection par le bacille paratyphique, elle est plus rare. Taberlet dans sa thèse met en valeur le fait que, dans certains cas, les bacilles paratyphiques, en circulation dans le sang, sont « capables de s'arrêter et de se multiplier dans certains organes et de déterminer des lésions inflammatoires nécrotiques ou suppurées ».

Corscaden retrouva le bacille paratyphique dans un kyste de l'ovaire suppuré.

Clerc dans sa thèse relève une observation de

kyste suppuré, alors que la malade était en convalescence de paratyphoïde, mais l'examen bactériologique ne confirma pas l'hypothèse de l'infection typhique, bien qu'elle fût probable.

Nous ne retiendrons qu'avec quelques réserves, les deux cas de Sampson, qui au cours d'infection de kystes endométriaux des ovaires, trouva un bacille Gram négatif ayant tous les caractères du groupe paratyphique, mais n'agglutinant pas par le même sérum. Sampson pensa à un paratyphique C, à moins que l'infection ne fut de nature grippale.

La suppuration est donc secondaire à l'infection par le bacille d'Eberth ou l'un des paratyphiques, le para B, comme c'était le cas dans l'observation de Corscaden ; ce fut le même germe causal qui fut retrouvé dans l'observation de M. Mondor. Si Sudeck et Corscaden notèrent l'un du staphylocoque, l'autre, du colibacille, il semble qu'il s'agissait de germes d'infection secondaire, au niveau d'abcès secondaires de la paroi abdominale.

Le kyste ovarien s'infecte par les bacilles typhiques et paratyphiques chez la femme, à l'époque de la vie génitale. En effet, si nous relevons l'âge des malades observées, il oscille entre 20 et 40 ans, le voisinage de la trentaine semblant l'âge de prédilection. Il s'agit le plus souvent de femmes mariées, primipares ou multipares.

D'autre part, les traités classiques nous disent que les kystes ovariens sont surtout fréquents entre 30 et 45 ans, mais qu'ils peuvent être observés dès

le jeune âge. Il y a donc concordance entre ces deux constatations.

Plus important, nous semble-t-il, est le fait de savoir si la localisation est plus fréquente au niveau des kystes dermoïdes ou mucoïdes.

Mangold, dans son travail, remarqua que les kystes à contenu épais suppuraient plus facilement que ceux dont le contenu était plus fluide. M. Delbet affirma que les kystes dermoïdes, plus petits, étaient en rapport plus direct avec le tissu cellulaire pelvien, et par là même plus aptes à s'infecter.

Parmi les observations étudiées, nous relevons 15 observations de kystes dermoïdes ; il n'en résulte pas toutefois que les autres kystes soient de nature mucoïde, les auteurs ne donnant pas toujours la malformation anatomo-pathologique du kyste.

Si l'on remarque, toutefois, qu'il existe un embryome kystique pour 25 à 30 kystes mucoïdes, il n'en est pas moins vrai que les kystes dermoïdes s'infectent plus facilement que les kystes mucoïdes. La suppuration du kyste relatée par M. Mondor dans notre travail, relevait d'un kyste dermoïde.

Le volume plus restreint du kyste dermoïde, la vascularisation peut-être plus parfaite, sont des causes adjuvantes intéressantes ; une vascularisation plus riche facilitant un apport de bacilles plus important, en un milieu particulièrement riche lui-même.

Mais il nous semble que ce soit surtout le contenu du kyste qui milite en faveur d'un point d'ap-

pel important à l'infection éberthienne. La matière sébacée, les poils, les dents d'un kyste dermoïde peuvent être le point de départ d'une infection de même nature que les lésions équivalentes d'origine ectodermique au cours d'une dothiéntérie : abcès, furonculose, ecthyma cutanés. De même si le système osseux, le cartilage, les fibres musculaires striées peuvent être le siège de suppurations au cours ou au décours d'une fièvre typhoïde, les pièces osseuses d'un kyste dermoïde peuvent être le point de départ du foyer infectieux, bien que l'on n'ait pas noté, sinon recherché, l'existence de lésions à ce niveau.

Mais c'est surtout l'existence possibles de dérivés endodermiques : fragments de muqueuse intestinale, de tissu thyroïdien, qui vient conférer un argument de valeur à la localisation d'une telle suppuration, et par l'analogie avec la localisation primitive des lésions de la fièvre typhoïde expliquer l'affinité possible du bacille d'Eberth ou d'un paratyphique pour un kyste dermoïde.

Le contenu du kyste dermoïde est donc un point d'appel à l'origine de la localisation éberthienne, de la suppuration kystique.

Il n'en est pas moins vrai, par ailleurs, que le liquide du kyste mucoïde puisse être, lui aussi, un milieu des plus favorables. C'est un liquide onctueux et filant, contenant des débris pigmentaires, des matières grasses, de l'urée, du sucre, une paralbumine, voir des paillettes de cholestérine; on conçoit

la richesse d'un tel milieu, milieu, de par sa composition chimique, de par sa nature, enkysté, favorable au développement des bacilles typhiques.

Ce n'est que pour mémoire, que nous citerons, comme facteur adjuvant, les règles en tant que facteur traumatisant. Plus digne d'intérêt nous semble être la torsion du pédicule que nous retrouvons dans les observations de Pitha, d'Engelman, de Richter et Amreich. Il est manifeste que la torsion du pédicule, en comprimant le pédicule vasculaire, favorise la stagnation sanguine, surtout dans le domaine veineux, et par là même ajoute un élément important, sinon fréquent, à la genèse de l'infection kystique.

Insistons également sur la relative fréquence avec laquelle les observations mettent en évidence la coloration « chocolat » du liquide kystique. Certes cette coloration peut être banale dans un kyste aseptique, il n'en est pas moins vrai que son existence traduit dans la majorité des cas des hémorragies microscopiques dont on peut se demander où serait le point de départ (paroi kystique ou même fragments intestinaux), le rôle évident du bacille d'Eberth dans leur déterminisme étant manifeste.

En résumé, le bacille d'Eberth et le bacille paratyphique sont parfois à l'origine d'une suppuration d'un kyste de l'ovaire, souvent dermoïde, à la faveur du milieu kystique favorable à leur développement.

Anatomie pathologique.

Il s'agit d'une tumeur kystique, d'une tumeur inflammatoire. De par son siège, de par les modifications qu'elle subit, cette tuméfaction va présenter en tant que tumeur pelvienne, ou le plus souvent abdominale secondairement, des transformations qualitatives et quantitatives et surtout acquérir des rapports variables et importants avec les organes voisins. Tumeur infectée, c'est une tumeur agissant sur le péritoine environnant, adhérant parfois aux organes voisins ; de ces adhérences résultent des conséquences intéressantes.

L'aspect du kyste suppuré est variable : rarement jaunâtre, bleuâtre, souvent richement vascularisé surtout quand il s'agit d'un kyste dermoïde, parfois nécrotique en apparence (Barsony), parfois la paroi apparaît nécrosée par places (Pitha).

Son volume est lui-même variable : tantôt il est du volume d'une tête d'enfant (Kriwsky, Sudeck), tantôt il est gros comme un utérus gravide de huit mois (Engelman) ; souvent il est volumineux : remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde (Laubenheimer) ; atteignant le rebord costal (Oettingen).

En ce qui concerne le siège du kyste suppuré,

nous avons relevé le fait, aléatoire du reste, que neuf fois sa localisation était au niveau d'un kyste gauche, neuf fois au niveau d'un kyste droit. On conçoit cependant l'intérêt que, du seul point de vue pathogénique, la localisation plus fréquente d'un côté, le gauche, pouvait présenter. Et l'existence des anses grêles, rapport anatomique voisin du kyste suppuré, viendrait donner un argument de premier ordre en faveur de la voie intestinale d'infection. Il ne semble pas que l'on puisse tirer de ces chiffres une conclusion assise. Il semble prématuré également de conclure à l'unilatéralité de la suppuration, lorsque deux kystes de l'ovaire coexistent. Notons toutefois le fait, dans un cas relaté par Kriwsky, de cette unilatéralité : il fit l'ablation d'un kyste dermoïde gauche, kyste infecté par le bacille d'Eberth ; dans le Douglas se trouvait un autre kyste, kyste de l'ovaire droit prolabé, non suppuré. Cette constatation n'est pas moins intéressante.

Mais surtout il s'agit d'un kyste adhérent, adhérence non toujours extrêmement marquée, mais il est rare que les observations ne témoignent pas de leur fréquence.

Dans quinze compte-rendus opératoires nous relevons leur existence, Lanbenheimer, Engelman les notent. Kriwsky trouve des adhérences avec la paroi abdominale et l'intestin ; Barsony avec la paroi postérieure ; Corscarden avec la paroi postérieure et le pelvis ; dans l'observation de M. Aba-

die il y a des adhérences à la paroi pelvienne, dans celle de M. J. Tapie des adhérences unissent le grand épiploon au péritoine; la tumeur adhère au péritoine, à l'intestin (Zantchenko). Parfois le kyste se présente avec des adhérences épiploïques, adhérences de l'épiploon à la paroi kystique, voire adhérence de la tumeur au côlon transverse (Werth).

Parfois le kyste infecté adhère au Douglas, adhérences qui furent dans le cas de Pitha, très marquées avec les parois du bassin qui à droite se trouva mis à nu jusqu'au périoste qui fut recouvert par des débris de péritoine. Lewis nota l'adhérence au fond utérin; le kyste fut trouvé adhérent au ligament large droit, au rectum.

Gans ne put pratiquer l'hystérectomie étant donné les adhérences.

Enfin, dans notre observation le kyste était tellement adhérent à la vessie que l'ablation en fut rendue difficile (M. Mondor).

L'on peut concevoir ainsi que le kyste infecté se présente dans la cavité abdominale rarement comme une tuméfaction pédiculée, dont l'ablation faite avec la même facilité que le kyste non infecté (Corscaden), les adhérences sont en effet constantes. Cette péri-kystite peut se voir, peut-être en dehors de toute infection, mais elle est rarement aussi étendue, aussi marquée autour du kyste dont elle constitue l'un des facteurs de difficulté opératoire.

A côté de ces adhérences insistons sur la friabi-

lité spéciale de la paroi kystique, second facteur de difficulté opératoire et cette friabilité spéciale mérite d'être mise en valeur. Cette fragilité anatomique n'a point toujours comme conséquence clinique celle à laquelle l'on s'attend : la rupture du kyste infecté, le plus souvent, malgré les précautions prises par l'opérateur, il s'agit d'une rupture opératoire. Et devant la fréquence avec laquelle, dès la libération des adhérences, le kyste s'ouvre dans le petit bassin, souvent même, malgré un drainage préalable : ponction ayant pour but de diminuer le volume du kyste pour mieux l'énucléer, on ne peut que se féliciter du rôle providentiel des adhérences, de la péri-kystite, barrière providentielle empêchant le plus souvent la rupture spontanée du kyste avant l'intervention, autrement grave au point de vue pronostic.

Pour expliquer cette friabilité si spéciale peut-être faut-il invoquer des facteurs complexes. Peut-être s'agit-il d'une friabilité d'origine vasculaire, peut-être faudrait-il invoquer dans le déterminisme de cette fragilité pariétale le rôle de la dégénérescence, bien que l'on ne relève pas dans les observations de kyste suppuré dégénéré ; mais il semble surtout que c'est du fait de la distension rapide d'une poche kystique que la friabilité s'installe. Il s'agit en effet d'une poche dont la paroi est faite pour englober un liquide ou un contenu de formation progressivement lente, il existe une discordance manifeste et mécanique entre le développe-

ment de la paroi et l'augmentation rapide et brutale du contenu, au surplus infecté.

Qu'on libère ces adhérences providentielles, qui doubleraient en quelque sorte, par endroits, la paroi kystique, et c'est le temps initial de l'acte chirurgical, l'on arrive alors sur un kyste fragile et l'on conçoit combien les manœuvres opératoires doivent être des manœuvres douces.

Il s'agit donc :

d'un kyste infecté, d'un kyste adhérent ;
d'un kyste dont le pédicule n'est pas toujours
bien extériorisable anatomiquement et chirurgicalement.

Le contenu de ce kyste est variable.

Tantôt il s'agit d'un liquide verdâtre avec des grumeaux, tantôt d'un liquide noirâtre ou jaunâtre, souvent laiteux, gras, parfois se durcissant par refroidissement, enfin de couleur chocolat, qu'il semble logique nous l'avons vu de rattacher à une hémorragie intrakystique ; tantôt au contraire, et en plus de ce liquide purulent, souvent fétide, l'on trouve des éléments appartenant manifestement à une formation dermoïde : touffes de cheveux, dents, pièces osseuses sur lesquelles nous n'avons pas à insister, mais qui permettent de cataloguer le kyste ovarien et de tirer des hypothèses étiologiques qui ne manquent pas d'intérêt.

La quantité de pus que contient le kyste est des plus variables : elle est toujours assez abondante :

1.500 gr. dans le cas de Widal, elle oscille aux environs d'un litre (Tapie, Wallgreen, Engelman); elle fut de trois litres dans le cas de Pitha et dans une observation récente d'Oettingen elle atteignit sept litres.

Tels sont les éléments fondamentaux de la transformation macroscopique du kyste suppuré.

Au point de vue microscopique les auteurs ne donnent en général que peu de détails. Toutefois il était intéressant de savoir si la paroi kystique contenait ou non des bacilles d'Eberth. Rappelons brièvement que la paroi des kystes mucoïdes, dérivés embryonnaires provenant de débris wollfiens intra ou juxta ovariens (Lecène), peut varier depuis l'épaisseur d'une mince membrane jusqu'à un ou deux centimètres. Elle comprend pour les kystes uniloculaires : une couche externe fibreuse tapissée d'épithélium cylindrique bas, différent de l'épithélium plat du péritoine; une couche moyenne celluleuse, renfermant quelques fibres élastiques et des fibres musculaires et dans laquelle se trouvent les vaisseaux; une couche interne revêtue de cellules épithéliales d'aspect variable.

Quant à la paroi des kystes dermoïdes, embryomes kystiques et tératomes de l'ovaire, produits par le développement monstrueux d'un blastomère primitif, isolé dès les premiers stades du développement de l'ovule, elle a la structure de la peau, d'une peau parfois parfaite, avec couche cornée, corps muqueux

de Malpighi, papilles, glandes sébacées, follicules pileux et même glandes sudoripares.

Ëttingen, dans l'intéressante observation de tératome infecté qu'il publia, ne découvrit pas de bacille dans la paroi kystique, de même que Sudeck et Wallgreen dans leurs observations respectives.

Toutefois Lewis, après culture de la paroi, trouva de l'Eberth pur.

Dans l'observation de M. le Dr Mondor l'examen histologique de la paroi du kyste fut pratiqué par Mlle le Dr Gauthier-Villars, qui a eu l'obligeance de nous indiquer les résultats de cet examen. Le fragment prélevé, qui répond à la paroi du kyste, ne comporte plus de tissu ovarien proprement dit. Une coupe de cette paroi colorée par la méthode de Bonhoff, montre quelques amas de bâtonnets de petite taille teintés en bleu clair, et qui appartiennent au groupe typhie.

Cet examen histologique vint heureusement confirmer les constatations opératoires et la réponse du laboratoire de bactériologique.

Le bacille paratyphique peut donc être retrouvé plusieurs mois après le début de l'infection paratyphique au niveau de la paroi kystique ; sa vitalité ne semble pas moins extraordinaire que celle du bacille d'Eberth.

Pathogénie.

Il s'agit là d'un des chapitres les plus intéressants, mais aussi le plus discuté de cette étude.

Nous avons mis en évidence que les bacilles Eberth et paratyphique pouvaient se localiser dans le milieu kystique, à la faveur d'éléments propres à leur développement ; et de même que le processus infectieux pouvait s'installer au niveau d'un goître ancien, d'une adénite cervicale, d'une formation osseuse, d'un testicule (suppuration à paratyphique-Taberlet), voire d'un kyste dermoïde du cul-de-sac vésico-utérin, il était logique d'assimiler, par analogie, cette localisation de la suppuration à l'un des bacilles du groupe.

Il nous reste à faire la preuve de la voie d'accès à cet organe préalablement lésé, lésé certainement, nous l'avons vu, dans sa formation anatomo-histologique mais peut-être aussi, offrant, de par son déséquilibre fonctionnel endocrinien, un terrain favorable au point de départ d'une infection ; déséquilibre sur lequel il nous semble intéressant de revenir ultérieurement.

Il ne semble pas que la date d'apparition du kyste suppuré puisse nous donner, en faveur de la voie

d'accès, des arguments péremptoirs, car nous avons vu combien était délicate l'interprétation clinique et surtout diagnostique d'une telle apparition.

Notons toutefois que le kyste s'extériorisa cliniquement vers le vingtième jour d'une typhoïde, semble-t-il dans l'observation de Widal, dix jours après le début dans l'observation de M. Laporte, au cours de la troisième semaine de son évolution (M. Tapie). Tantôt au contraire le kyste apparaît la cinquième semaine d'une fièvre typhoïde (Pitha, Walcker, Sudeck) ; quarante jours après le début d'une dothiéntérie (M. Abadie), pendant la convalescence (Barsony, Shiporewitch). Tantôt le kyste est une complication tardive de l'infection typhique : quatre mois (Werth), cinq mois (Engelman). Il n'est pas niable que lorsque le kyste suppure au cours de l'évolution même de la fièvre typhoïde il semble logique d'incriminer, en invoquant une loi de pathologie générale, la localisation éberthienne au cours du stade bactériémique de l'infection.

Mais lorsque la suppuration kystique se produit tardivement, plusieurs mois après le début de la dothiéntérie, bien que l'on puisse encore invoquer la voie hématogène de l'infection, il faut envisager alors le rôle essentiel de la vitalité du bacille d'Eberth, dans les repères cachés de l'organisme, véritables réservoirs de bacilles. La rate, le rein, la vessie (ce qui a peut-être un intérêt chez la femme) surtout le foie par l'intermédiaire de la

vésicule biliaire peuvent, soit au cours d'une fonction physiologique, mettre en liberté dans la circulation générale, dans le tractus digestif, voire dans les voies urinaires ou génitales, des bacilles typhiques en liberté. Et la malade, fait essentiel, en tant que porteuse de germes, s'infecte elle-même, et l'on risquerait de méconnaître la genèse d'une telle infection locale, si par un diagnostic rétrospectif, on ne la rattachait à l'infection originelle survenue quelques semaines, voire des mois auparavant.

Cette surprenante vitalité du bacille typhique, dont on retrouve du reste l'exemple clinique dans d'autres infections latentes torpides du bacille d'Eberth, méritait d'être signalée. J. Koch dans une observation extirpa douze ans après une typhoïde un gros kyste de l'ovaire et la trompe adjacente. L'examen bactériologique montra des bacilles typhiques dans la trompe.

Notons cette idée de Laubenheimer que la fixation de l'agent infectieux se produirait parfois à bas bruit durant la dothientérie et que le processus infectieux local ne s'éveillerait qu'ultérieurement, la localisation microbienne datant de la phase septicémique de l'affection.

La voie sanguine est donc la voie la plus communément admise par certains auteurs. Pour certains elle serait même primordiale, unique et ceux-ci invoquent l'apparition du kyste dès la phase septicémique de l'affection.

Argument clinique de premier ordre, il n'est pas niable que le bacille d'Eberth, charrié par le sang au cours d'une infection générale telle la fièvre typhoïde, arrivant par deux pédicules vasculaires à un organe vasculaire comme on tend à l'heure actuelle à considérer les glandes endocrines dont fait partie l'ovaire, le bacille d'Eberth arrive dans la circulation kystique : nous rappellerons que le kyste apparaît à l'intervention souvent richement vascularisé.

Certes l'on ne trouve pas toujours du bacille d'Eberth dans la paroi kystique, mais l'intervention, souvent tardive, n'a pas toujours été faite à la phase septicémique de la fièvre typhoïde. Le bacille typhique, balayé par le courant circulaire au niveau de la paroi, trouve au contraire dans le liquide ou le milieu kystique un milieu de moindre résistance car lui au contraire mal vascularisé, favorable à son développement. Du reste le bacille paratyphique fut décelé au niveau de la paroi kystique dans l'observation de M. Mondor par un procédé de coloration spéciale. Engelman, Abadie, Barsony, penchent pour l'hypothèse hématogène de la suppuration. C'est elle qui nous semble le plus logique, cadrant avec des données anatomo-cliniques, sur lesquelles les classiques ont insisté ; c'est la voie capitale de l'infection.

La voie intestinale pour Gans Zantchenko, Laubenheimer, serait au contraire la voie dominante de l'infection.

Il est manifeste en effet, que les lésions des plaques de Peyer, des follicules clos au niveau du grêle, l'envahissement du système lymphatique sur lequel nous reviendrons, la possibilité d'une desquamation séreuse intestinale, lors de la formation des ulcérations typhiques sur le bord opposé au mésentère, peuvent expliquer, dans une certaine mesure, l'hypothèse d'une telle infection. On a en effet aucune peine à se figurer un intestin enflammé par une paratyphoïde, ou une typhoïde, par contiguïté infectant un kyste de l'ovaire, déjà milieu de moindre résistance et par là même s'infectant d'autant plus aisément que les rapports anatomiques des organes sont plus intimes.

Et ceux-là même qui invoquent cette origine de l'infection trouvent un argument anatomique, sinon clinique, dans l'existence même de ces adhérences, de cette périkytite sur laquelle nous avons longuement insisté.

Certes les adhérences entre le kyste et l'intestin peuvent être notées, mais elles ne sont pas constantes, bien que fréquentes. Leur rôle toutefois dans la genèse du processus infectieux est des plus variables : il n'est pas prouvé, en effet, qu'elles sont primitives ; elles auraient alors une valeur primordiale ; secondaires au contraire elles ne sont qu'un élément réactionnel, une bride de défense semblable à celle qui enveloppe un appendice enflammé.

Pourtant cette théorie n'en est pas moins séduisante, et ne serait, dans le fond, qu'un cas parti-

culier des infections génitales à point de départ intestinal, sur lesquelles Pozzi a depuis longtemps attiré l'attention. Les relations anatomiques des annexes et de l'intestin, de l'appendice, l'existence possible du ligament de Clado, venant donner à cette thèse des arguments qui ne manquent pas de valeur. Mais pour certains, les adhérences kystiques ne sont que la conséquence et non la cause de l'infection ovarienne, et il semble que l'on doive se rattacher à cette opinion, du moins en ce qui concerne la suppuration post-typhique des kystes ovariens ; la péri-kystite pouvant entretenir la suppuration une fois qu'elle est déclenchée par la voie sanguine.

Faut-il donner à *la voie péritonéale* une importance primordiale dans le déterminisme de l'infection typhique des kystes ovariens ? Il nous semble pas, malgré le fait clinique constaté, de l'adhérence à l'épiploon, au péritoine pariétal antérieur, voire postérieur, ces adhérences nous semblent être dues à la réaction péritonéale de défense à l'infection pelvi-abdominale. Notons par ailleurs que les lymphatiques sont nombreux dans les parois du kyste et se continuent avec ceux du ligament large, peut-être s'agit-il là d'une voie détournée à l'infection dans une infection générale où le système lymphatique est envahi comme dans la fièvre typhoïde.

La voie vaginale doit être décrite avec quelques réserves, si l'on tient compte d'une observation de Von Oettingen dans laquelle cet auteur admet que l'infection ne pouvait venir du tractus intestinal. Il

s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans présentant un kyste de l'ovaire droit, soumise à un examen gynécologique par un praticien, soignant par ailleurs un typhique, dans une contrée où évoluait une épidémie. Après l'examen, rapporte Von Oettingen, des douleurs éclatèrent, une fièvre à caractère rémittent apparut, en même temps que se développait une affection générale dont l'allure rappelait celle d'une typhoïde. Le kyste diagnostiqué augmenta rapidement de volume.

Pour Von Oettingen l'affection paraît avoir été introduite dans les voies génitales par voie vaginale lors de l'examen.

Il semble intéressant de noter d'autre part dans cette observation que le passage du bacille dans le sang dut se faire, d'après l'auteur, à la faveur d'une érosion utérine. Notons en effet l'existence d'un avortement récent dans l'histoire clinique de cette jeune femme, l'existence toute récente d'une hémorragie offrant peut-être par l'état congestif utérin, voire para-utérin, un milieu essentiellement favorable à l'inhibition massive du bacille typhique, telle qu'elle semble découler de la lecture de cette observation.

La voie vaginale utérine n'est pas la plus fréquente des voies d'infection ; elle est même sujette à discussion, mais elle nous permet de rappeler à nouveau le rôle important des porteurs de germes, dans l'entourage immédiat de la malade ; voie que peut-être le bacille d'Eberth peut emprunter lui-même

spontanément, à la faveur d'une érosion utérine, d'une plaie d'origine puerpérale.

Quant à *la voie externe*, la ponction, elle n'est incriminée par personne, nous ne la citerons que comme un souvenir historique.

En résumé, la voie sanguine semble être celle que l'on doit évoquer dans l'apport du bacille typhique ou paratyphique au niveau du kyste de l'ovaire; cette affirmation cadre avec des données cliniques, voire bactériologiques, allant de pair avec les conclusions des classiques. Il n'en est pas moins vrai que la voie intestinale offre, par ailleurs, des arguments de valeur auxquels il manque seulement une constatation d'importance : la constance des adhérences avec l'intestin grêle et la preuve de la nature primitive de ces adhérences.

Symptomatologie et Évolution

Il est difficile, même après la lecture des observations, de tracer un tableau schématique, et en même temps clinique, de la suppuration typhique des kystes de l'ovaire.

Plusieurs étapes peuvent en effet se présenter et rendre cette description délicate.

Tantôt, et nous l'enregistrons par la lecture des cas relatés, le kyste est antérieur à la fièvre typhoïde : il est toutefois curieux de noter que cette alternative ne se présente que dans le tiers des cas environ.

Le plus souvent, en effet, le kyste ne s'extériorise cliniquement, que pendant l'évolution ou le décours de la fièvre typhoïde, sans qu'aucun trouble antérieur n'ait fait jusque-là suspecter sa présence. Ce fut le cas pour notre observation, la malade était auparavant bien réglée, rien n'avait attiré l'attention vers une malformation ovarienne.

La suppuration typhique se produit en général, tantôt précocement entre le milieu du troisième septennaire et la cinquième semaine de l'évolution de la dothiéntérie. L'observation d'Ettingen où l'infection typhique et la typhoïde furent presque

simultanées doit être mise à part et considérée comme rarissime.

On conçoit, par là même, que, plus la suppuration typhique sera précoce, plus sa traduction clinique, surtout ses signes propres généraux, seront noyés dans le tableau d'une infection générale, comme est celui de la fièvre typhoïde. Et c'est le diagnostic d'une complication fébrile de la fièvre typhoïde qui se pose, avec tantôt un cortège impressionnant de signes généraux et de signes physiques dont aucun n'est pathognomonique ; mais souvent avec un minimum de signes cliniques où seule l'existence d'une tuméfaction pelvi-abdominale vient éclairer un diagnostic hésitant.

Parfois, enfin, la localisation infectieuse survient au décours de la convalescence, deux à trois mois après le début de la dothiéntérie. Il s'agit alors d'une affection ordinairement locale, évoluant pour son propre compte, réserve faite de rechute de la fièvre typhoïde, affection locale retentissant avant tout sur l'état général, par sa progressivité et sa rapidité relative d'évolution.

L'examen clinique tire alors un maximum de profit clinique et il est plus aisé de localiser la suppuration ; le diagnostic étant, comme nous le verrons, le point délicat du problème, afin de rattacher l'infection kystique à son origine.

La suppuration typhique des kystes de l'ovaire se présente en clinique sous trois aspects :

Une forme fréquente, **FORME SUBAIGUE**, tirant, nous semble-t il, de sa fréquence un intérêt de premier ordre, souvent insidieuse, évoluant parfois par à-coups, où la gravité de l'état général traduit la suppuration en évolution.

Une **FORME AIGUE**, péritonéale, relativement rare mais dramatique.

Ces deux formes sont, avant tout, des complications précoces de la suppuration typhoïque.

Une **FORME CHRONIQUE**, lente, parfois tardive ; forme pseudo-tuberculeuse, forme pseudo-néoplasique, forme retentissant progressivement sur l'état général, forme cachectisante (J. Pigot).

C'est *la forme subaiguë* que nous prendrons pour type, car elle est des plus fréquentes, et cette fréquence n'a d'égale que la difficulté de son diagnostic clinique.

Il s'agit d'une femme, jeune en général, entre 20 et 35 ans, au décours d'une fièvre typhoïde, soit à la fin du troisième septennaire, à la fin du stade amphibole « stade des complications graves », tantôt au contraire, la courbe thermique a accroché 37° depuis quelques jours et l'on surveille la convalescence.

Brusquement quelques signes généraux vont donner l'éveil, et l'on peut dire que leur apparition est à la fois rapide et surtout progressive.

On constate sur la courbe de température un crochets fébrile qui accroche 38°, 38°5 et qui en quelques jours peut atteindre 40°.

Le pouls est rapide, presque parallèle, et réserve faite de complications cardiaques, dont on sait la fréquence à cette époque, ce signe prend, avec la reprise ou la recrudescence thermique, une importance essentielle.

L'état général n'est pas toujours extrêmement touché ; certes la malade accuse bien un peu de fatigue, mais elle semble si banale chez une typhique, que l'on y prête que peu d'attention. Parfois la malade présente une tendance nauséuse, ce qui déjà pourrait donner des indications plus spéciales. Dans la majorité des cas ces signes sont estompés, le faciès paraît plus tiré que la veille : l'on suspecte une complication et l'on reste dans l'expectative.

Parfois les *signes fonctionnels* viennent donner l'éveil. Certes la malade peut accuser une douleur abdominale vive, mais il s'agit le plus souvent de douleurs légères, intermittentes, inconstantes du reste. Ces douleurs n'ont que peu d'irradiations ; c'est souvent une sensation de pesanteur pelvienne, de tiraillement ; avec tout au plus quelques irradiations lombaires dont on sait combien elles sont banales. Cependant, elles peuvent tendre déjà à se localiser, dans l'un ou l'autre bas flanc, et leur unilatéralité doit être prise en considération.

En somme, un tableau fonctionnel minime, rare-

ment de la dysurie, aucun signe d'obstruction intestinale.

Souvent ce n'est que l'apparition d'une tuméfaction, déjà abdominale, qui fait entrevoir un diagnostic jusque-là méconnu.

L'examen clinique met, en effet, en évidence :

Une tuméfaction abdominale débordant la symphyse pubienne, tumeur latérale ou souvent médiane, tuméfaction, fait essentiel ; augmentant rapidement de volume du jour où l'infection s'est installée.

On apprécie son volume, sa forme, la possibilité d'une convexité de son bord supérieur ; on cherche sa mobilité, sans trop insister sur la recherche de la rénitence ; voir de la fluctuation, manœuvres douloureuses qu'il faut savoir pratiquer à bon escient et avec discrétion.

Le toucher bi-manuel apprécie l'existence d'une tumeur latéro-utérine, tumeur souvent difficile à délimiter en ce qui concerne justement ses connexions utérines, à moins que le diagnostic de kyste ovarien n'ait été fait antérieurement, ce qui n'est pas toujours la règle.

La tuméfaction ne paraît pas toujours très indépendante de l'utérus comme elle l'est normalement, parfois elle est collée à l'utérus, les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au col utérin, la tumeur bombe dans un des culs-de-sac ou dans le Douglas ; parfois douloureuse, parfois indo-

lente, parfois fluctuante. L'utérus est prolabé en avant contre la symphyse pubienne.

En résumé, il s'agit d'une malade au déclin d'une fièvre typhoïde, elle présente quelques troubles de l'état général, un minimum de signes de réaction péritonéale, une tuméfaction latéro-utérine, ovarienne, un peu douloureuse, mais surtout augmentant progressivement de volume en quelques semaines, pour atteindre parfois à bas bruit, la hauteur de l'ombilic.

Plus tardivement, la symptomatologie est plus riche en signes cliniques.

La malade présente alors : sur sa feuille de température, une courbe fébrile dont le caractère majeur est d'être oscillante, avec des maxima vespéraux ; le pouls est parfois rapide, dissocié, avec une température qui frise souvent la normale, avec de temps à autre un clocher fébrile atteignant 38-38°5 ;

L'état général est un peu plus touché : le faciès est un peu grippé, mais souvent ce n'est qu'une impression clinique, la malade s'affaiblit et s'amaigrit de jour en jour.

Elle accuse par ailleurs des douleurs siégeant au niveau d'un des côtés du bas-ventre, la localisation de cette douleur a une importance clinique considérable : un kyste de l'ovaire non infecté est indolore ; mais souvent ce n'est qu'une pesanteur, une sensation de gêne abdominale qu'accuse la malade, douleurs de distension, à moins qu'elles ne traduisent

l'apparition de la réaction péritonéale de défense : des adhérences providentielles.

Surtout l'examen quotidien met en évidence le fait que le kyste augmente progressivement de volume ; l'état général est de plus en plus déficient. La notion d'une typhoïde récente, d'une hémoculture ou d'un sérodiagnostic positifs, jointe aux constatations de l'examen clinique, permettent de rattacher la suppuration kystique à son origine éberthienne.

L'examen du sang pratiqué dans l'intervalle ne traduit pas toujours certainement une suppuration en évolution ; on sait en effet qu'il existe parfois de la leucopénie au début de la fièvre typhoïde et qu'elle fait place à une leucocytose avec polynucléose terminale.

Aussi les chiffres de 10.400 ; de 9.200 avec 92 % de polynucléaires retrouvés dans les observations de Lewis et Le Conte n'ont-ils pas, par là même, une valeur essentielle en tant qu'élément de diagnostic de suppuration. La leucocytose n'en est pas moins un signe de valeur lorsqu'elle atteint un chiffre élevé comme dans le cas de Richter où elle dépassa 17.000 globules blancs.

En présence d'un kyste ovarien infecté d'une part et d'autre part, devant la progressivité de l'altération de l'état général, on intervient. Toutes les observations insistent sur la chute rapide de la température, l'état général se rétablit rapidement, et mis à part quelques petits épisodes infectieux au niveau de la

plaie pariétale, les suites opératoires sont excellentes et la guérison d'une affection aussi grave est souvent rapide. Dans l'observation que nous relatons, les suites opératoires furent parfaites, en quelques jours la température redevint normale et la malade passa de la cachexie « la plus préoccupante » à un état de santé satisfaisant.

Formes cliniques.

FORME AIGUE. — Elle rappelle la suppuration kystique telle qu'elle fut décrite par les classiques.

La malade, au décours d'une fièvre typhoïde, présente brutalement des douleurs abdominales ; extrêmement vives, attirant d'emblée l'attention vers une affection intestinale, péritonéale, ou génitale, plus rarement. Fait important, la température est élevée, 38-39° souvent 40° et cette hyperthermie n'en a pas moins une valeur diagnostique de premier plan.

Le pouls est rapide, filant, la malade présente par ailleurs des vomissements plus ou moins abondants.

L'état général est d'emblée touché : le nez est pincé, le facies terreux, les yeux encavés.

La constatation d'un kyste ovarien de développement extrêmement rapide, kyste par ailleurs douloureux spontanément et à la pression, complète la symptomatologie clinique, souvent bien moins schématique. En tout cas le retentissement péritonéal de la suppuration, la gravité extrême de l'état géné-

ral forcent la main à une intervention rapide sans laquelle la malade serait vouée à une mort certaine. La malade de M. J. Tapie présentait une fièvre typhoïde à la troisième semaine de son évolution. L'on constata une tumeur abdominale que le toucher vaginal montra indépendante de l'utérus, bien que difficilement mobilisable ; quelques jours après l'état général s'aggravait brusquement, la malade délirait, le facies était nettement péritonéal, et l'intervention fut pratiquée devant la gravité des signes cliniques. La simple marsupialisation du kyste suppuré suffit à améliorer considérablement l'état de santé de cette jeune femme, alors que le pronostic semblait désespéré.

FORME CHRONIQUE — Tantôt, au contraire, la suppuration typhique se présente sous une forme essentiellement chronique à allure et évolution torpides, comme peuvent être souvent certaines suppurations éberthiennes ou paratyphiques. Il n'y a au début, qu'un minimum de signes qui puissent donner l'éveil : quelques semaines après une fièvre typhoïde, voire plusieurs mois, comme dans les observations d'Engelman, de Werth, de l'apparition d'un kyste de l'ovaire douloureux par intermittences, de petites poussées fébriles, viennent mettre sur la voie du diagnostic. Il n'est pas rare que la malade ait pu présenter auparavant de l'aménorrhée, aménorrhée de quelques semaines, voire de quelques mois, qui font suspecter une grossesse ; cette aménorrhée n'est pas pathognomonique, car elle

peut survenir en dehors de tout kyste infecté, et après certaines formes de typhoïde ; il n'en est pas moins vrai qu'elle mérite d'être signalée.

Les épisodes douloureux et fébriles passent souvent inaperçus et ce n'est que plusieurs semaines après que l'on constate la gravité de l'état général de la malade.

Cette femme présente une tumeur abdominale, souvent peu douloureuse, mais par contre volumineuse, et l'on s'étonne qu'elle ait pu atteindre l'ombilic, parfois, sans entraîner des troubles de compression.

Surtout, ce qui frappe l'examen clinique, c'est le fait que la malade se cachectise, au fur et à mesure des examens consécutifs ; les sueurs, les poussées fébriles, l'amaigrissement intensif, pourraient donner le change avec une affection, voire une localisation bacillaire, tuberculeuse ; parfois même la malade a l'habitus d'une néoplasique.

Si l'anamnèse ne mettait sur la voie du diagnostic, l'on risquerait alors de rester dans l'expectative ; on conçoit l'importance de l'interrogatoire, dans ces formes tardives, interrogatoire qui permet de rattacher la suppuration à son origine, souvent lointaine, et passée sous silence par l'entourage.

La rupture du kyste est la dernière étape de la suppuration. Elle est rare, mis à part le cas de Wannerbroucq, qui la décrit le premier en 1860, sans en donner la preuve bactériologique ; Richter

en publie une observation, où le kyste perforé présentait une ébauche de torsion de son pédicule Enfin Clerc en rapporte un cas dans sa thèse. La malade, en convalescence de fièvre typhoïde, accusa une douleur violente dans une fosse iliaque, rapidement un état syncopal s'installa avec vomissements, arrêt des matières et des gaz. Le faciès grippé, le pouls rapide ; l'hyperthermie, élément de valeur au point de vue diagnostic, surtout l'existence d'un ventre de bois, d'une zone de contracture au niveau d'un flanc, faisaient suspecter une réaction péritonéale.

On pensa à une perforation intestinale : l'intervention précoce mit en évidence un kyste perforé de l'ovaire gauche.

Le pus, couleur chocolat, contenait du bacille d'Eberth. Telle est l'histoire clinique de la perforation d'un kyste de l'ovaire infecté par le bacille d'Eberth.

On voit donc la diversité de la symptomatologie des kystes suppurés de l'ovaire, infectés par le bacille typhique ou paratyphique, depuis les formes aiguës et subaiguës, où l'on hésite sur la nature de l'infection et le siège de la suppuration, quand le kyste est méconnu, jusqu'à ces formes chroniques, formes torpides à évolution lente qui font se remémorer certaines suppurations torpides à bacille d'Eberth.

L'observation que nous relatons semble rentrer dans cette description : il s'agissait d'une femme de 32 ans, alitée pour un état fébrile indéterminé :

fièvre monosymptomatique en quelque sorte, l'absence de céphalée, de tephos, d'épistaxis, ne confirmait pas cliniquement un diagnostic entrevu de typhoïde, mais que le laboratoire ne venait pas confirmer. Trois semaines après le début de cet état fébrile une tuméfaction sus-pubienne fit son apparition, tumeur indolente, rénitente, latéro-utérine et juxta-vésicale à l'examen gynécologique (M. Mondor). La malade est de plus en plus dans un état général si précaire de maigreur, d'inanition, d'anorexie que l'on pense à une collection froide chez une tuberculeuse, ou à une collection éberthienne. La laparotomie est alors pratiquée, et montra un kyste de l'ovaire suppuré, où le laboratoire allait montrer la présence de bacille paratyphique B.

Diagnostic et Pronostic.

Le diagnostic de la suppuration typhique ou paratyphique du kyste constitue souvent un problème difficile, car l'on n'y pense pas toujours, à cause de sa relative rareté d'une part, et parce que l'existence du kyste lui-même est souvent ignorée.

Chez toute typhique présentant un syndrome infectieux anormal, dont la cause est méconnue, et que n'explique pas un examen soigneux de la malade, il importe de pratiquer un toucher vaginal, d'une part, et d'autre part, d'explorer avec soin l'une et l'autre fosse iliaque. Toucher vaginal systématique, qui permet de déceler une tumeur latéro-utérine, légèrement douloureuse, dans les cas heureux ; palper abdominal, qui, fait avec prudence, surtout au décours d'une dothiéntérie, met parfois sur la voie du diagnostic en montrant une tumeur sus-pubienne, dont on apprécie la consistance et les contours. Et l'on risquerait de méconnaître un tel diagnostic si l'on ne pratiquait l'un et l'autre examen avec soin.

Le diagnostic positif de la suppuration post-typhique du kyste ovarien est basé :

d'une part sur la date récente d'une dothienentérie dans les antécédents de la malade ;
d'autre part sur l'existence de signes locaux et généraux de suppuration kystique.

Faire la part de ce qui revient à chacun d'eux est souvent difficile, surtout si l'infection locale suit de très près l'infection septicémique : les signes cliniques de l'une et de l'autre se confondent et la discrimination est souvent délicate.

Plus tard quand la suppuration kystique se produit pendant la convalescence, il s'agit avant tout d'une affection locale, annexielle, mais alors on risque de méconnaître la cause d'une telle affection si par l'interrogatoire de la malade, on ne recherchait l'affection générale qui l'a précédée ; c'est alors un problème avant tout étiologique qui se pose, à tel point que l'on n'ose pas toujours rattacher à l'infection typhique la suppuration d'un kyste survenue de longues semaines, voire des mois après une fièvre typhoïde.

Le diagnostic positif se base sur l'existence d'une typhoïde en évolution ou récente.

L'on recherchera, par un interrogatoire minutieux la céphalée, les épistaxis dans les antécédents de la malade, l'existence d'une pyrexie contemporaine d'un tephos marqué où les taches rosées, la grosse rate, la diarrhée jaune-ocre, plaident en faveur d'une fièvre typhoïde. On recherchera si l'hémoculture, le séro-diagnostic à l'Eberth ou à l'un des paratyphiques furent positifs.

Parfois même c'est la complication qui permet de faire un diagnostic rétrospectif de dothiéntérie ; il n'en est pas moins vrai que l'existence d'un séro-diagnostic positif au bacille typhique dans les antécédents d'une malade atteinte de kyste suppuré de l'ovaire, aide considérablement le clinicien à rattacher l'infection typhique, la suppuration kystique secondaire en évolution.

Parfois, enfin, et ce n'est pas là un des moindres intérêts de cette étude, les examens sanguins sont négatifs et l'on serait tenté d'abandonner l'hypothèse d'une infection typhique, si le laboratoire ne montrait le germe causal de la suppuration, après l'intervention.

Le diagnostic positif se confirme par :

l'augmentation rapide d'une tuméfaction pelvi-abdominale diagnostiquée malgré le météorisme léger que l'on décèle souvent chez certains typhiques au cours de l'évolution de l'affection ;

tuméfaction dont il est bien souvent difficile de dire s'il s'agit d'une tumeur utérine ou ovarienne, par le fait même qu'il existe des adhérences, la mobilisation légère par le doigt vaginal, quand toutefois elle est possible ne montre pas toujours l'indépendance de cette tumeur kystique, qui semble pourtant latéro-utérine.

Lorsque le kyste, par contre, préexiste à la fièvre typhoïde, ce qui est chose curieuse, l'exception, le clinicien rattache plus aisément l'infection à son point de départ initial.

Le diagnostic se complète par l'étude des signes fonctionnels. L'on recherche l'existence de douleurs locales, spontanées ou provoquées, dont nous avons vu combien elles sont inconstantes ; mais qui offrent une valeur séméiologique de premier ordre ; mais le typhique souffre parfois au niveau du bas-ventre et l'on aurait tort de s'en tenir à un examen sommaire et de ne pas explorer les voies génitales : un kyste non suppuré est rarement douloureux spontanément.

L'on note avec profit l'existence de quelques signes de réaction péritonéale, qui, nous l'avons vu, dans la majorité des cas de la forme subaiguë, sont sinon inconstants, du moins atténués. C'est une malade qui a des nausées, qui vomit parfois ; mais c'est surtout une malade dont l'état général est touché : et souvent, l'on pense à la suppuration en voyant les traits tirés de cette femme, ses yeux bistrés, son visage qui s'émacie de jour en jour ; l'examen de sa courbe de température montre une fièvre oscillante, fièvre hectique, variable dans sa courbe comme dans son évolution, avec un maximum véséral, et parfois des périodes de calme, et l'on espérerait une sédation si la gravité progressive de l'atteinte de l'état général ne venait témoigner du

processus suppura en évolution. Et c'est souvent devant l'extrême cachexie de la malade, cachexie pseudo-tuberculeuse, que l'on se décide à intervenir.

Le diagnostic différentiel procède par plusieurs étapes. C'est avant tout un diagnostic d'élimination.

Il faut, en effet, reconnaître qu'il s'agit tout d'abord d'un kyste de l'ovaire suppuré, rattacher cette infection à son origine éberthienne, reconnaître les complications secondaires à cette suppuration. Le diagnostic différentiel se présente de la façon suivante :

I. — TANTOT LA MALADE EST EN ÉVOLUTION
DE TYPHOÏDE.

L'erreur consiste à méconnaître le kyste,

L'on pourrait suspecter une *péritonite par perforation*.

Dans les formes classiques : le début brutal et dramatique, l'hypothermie caractéristique ; la contracture précoce de la paroi qui s'installe sous le doigt qui palpe, en quelques heures, sont assez caractéristiques pour faire la discrimination. Mais l'on sait combien ces signes classiques peuvent être atténués, combien leur interprétation est sujette à caution, et l'on risquerait de suspecter une péritonite par perforation intestinale, si l'on ne complétait pas l'examen par un toucher bi-manuel, qui vient éclairer le plus souvent le diagnostic.

L'erreur est peut-être plus fréquente *avec une*

péritonite par propagation, les douleurs abdominales localisées ; les nausées, les vomissements, le ventre météorisé, le pouls rapide, l'état général sans aggravation notable, le faciès à peine un peu grippé, peuvent au début donner le change dans certaines fièvres typhoïdes, et même au cours de quelques paratyphoïdes B.

Il semble que le meilleur signe distinctif soit, dans ces cas, l'existence d'une légère contracture abdominale, que l'on ne trouve pas toujours dans la suppuration kystique.

Les vomissements, la fièvre, la douleur, quand elle siège à droite, peuvent en imposer, comme dans le cas de Widal, pour *une appendicite* l'erreur n'a pas d'importance puisque l'on intervient dans les deux éventualités.

Plus exceptionnellement, l'on pourrait penser à un colotypus, à une *salpingo-ovarite éberthienne*. Gaillard et Chaput ont publié l'observation d'une femme de 30 ans qui, au vingt septième jour d'une fièvre typhoïde, fut prise subitement de coliques violentes, de vomissements, la température monta à 40°2, le pouls à 160. La laparotomie fut faite : un peu de liquide louche dans le ventre, la trompe droite laissait échapper un pus qui, cultivé, montra du bacille d'Éberth pur.

La différenciation semble impossible, dans le cas où le kyste est méconnu, avec certains *abcès de l'ovaire à para B* dont Cordua rapporte quelques observations ; dans l'une d'elle il s'agissait d'une

femme de 36 ans au décours d'une para-typhoïde. La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre : on trouve une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, tumeur annexielle au toucher. Séro-diagnostic positif au Para B au 1/1000.

L'intervention montra une tumeur ovarienne dépendant de l'ovaire gauche en regard d'une perforation intestinale. Abscès de l'ovaire contenant du pus à Para B.

Ce ne peut être en pareil cas qu'un diagnostic histologique.

II. — TANTÔT AU CONTRAIRE LA MALADE PRÉSENTE UN KYSTE DIAGNOSTIQUÉ.

Elle fait de la fièvre. — Il faut rattacher dans une première étude, ce qui n'est pas toujours facile, les signes généraux à une affection ovarienne.

Il faut éliminer : *une pelvi-péritonite annexielle* ; c'est plus sur l'évolution clinique, l'existence de pertes blanches, la sédation au repos et au traitement, que l'on se basera, plus que sur la notion de frissons, de température vespérale ; de douleurs lancinantes, de sueurs ; la différenciation n'est pas toujours aisée.

L'empâtement d'un cul-de-sac latéral, l'existence d'un plastron abdominal témoigneront d'*un phlegmon du ligament large*, pelvien ou abdominal, et l'on conçoit que l'on puisse le suspecter au début, par ordre de fréquence.

Plus rarement le diagnostic d'une appendicite pelvienne, d'une hématoçèle viennent à l'esprit.

III. — TANTÔT LA MALADE SE PRÉSENTE AVEC UNE TUMEUR ABDOMINALE.

Il sera logique de s'enquérir de la date des dernières règles pour ne pas suspecter une *grossesse* : cela nous permet de rappeler la possibilité d'aménorrhée au début de l'infection ovarienne par le bacille d'Eberth. On fera ensuite la preuve d'un *fibrome*, la *périkystite* accolant parfois le kyste à l'utérus, on apprécie souvent avec difficulté l'existence d'un sillon les séparant, et cette différenciation aisée au prime abord, est souvent délicate. L'on fera la preuve d'une tumeur sus-pubienne : un cathétérisme judicieux éliminera une *rétention vésicale*.

L'hypothèse d'un *néoplasme utérin*, d'un *kyste dégénéré de l'ovaire* viennent à l'esprit en présence de ces malades amaigries, cachectiques, au facies d'infectées ; la notion d'une typhoïde récente, l'intervention, le laboratoire, font la preuve de la *suppuration*.

Il s'agit donc d'un kyste ovarien, d'un kyste infecté, mais s'agit-il d'une infection typhique ou paratyphique ?

L'apparition, en effet, d'une fièvre typhoïde, chez une femme, n'implique pas, bien entendu, l'infection d'un kyste de l'ovaire qu'elle peut présenter, et nous avons retrouvé un cas cité par Cüsching où

l'ablation d'un kyste de l'ovaire chez une jeune fille, au cours d'une fièvre typhoïde, montra qu'il s'agissait d'un kyste aseptique.

Ce point étant admis, l'existence d'un kyste suppuré, au cours de ces états infectieux où la preuve éberthienne de l'infection n'est pas toujours retrouvée par le laboratoire, pose des problèmes de diagnostic difficile avec :

L'infection grippale des kystes ovariens, dont Bouilly rapporta la première observation. L'existence d'un processus infectieux en évolution, de signes pulmonaires, d'asthénie si spéciale, la négativité des examens de laboratoire peuvent faire, par élimination, la différenciation (J. Bertrand).

Dans les formes torpides, l'on pourrait suspecter l'infection *tuberculeuse du kyste ovarien*.

La marche de la maladie, surtout les prodromes d'imprégnation bacillaire ne sont pas toujours suffisants pour donner le change dans ces formes cachectisantes sur lesquelles nous avons insisté. L'examen complet de la malade, la radiographie, la recherche du bacille de Koch, non seulement dans les crachats mais dans le liquide kystique, pus ressemblant à celui d'un abcès froid, font la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection.

Peut-être parfois, pourrait-on suspecter une *infection streptococcique du kyste*, voire une infection puerpérale, quand la typhoïde semble anormale, et

qu'il y a dans les antécédents, un avortement récent. L'hémoculture, le séro diagnostic permettent de rattacher la septicémie à son origine.

C'est tout à fait exceptionnellement, que l'on aura à différencier une suppuration kystique à *pneumocoques* (Shauta), à *gonocoques*, rarissime (Brettauer-Sergueff), voire une suppuration à germe inconnu, par contre beaucoup plus fréquente.

Il s'agit donc, vraisemblablement, d'un kyste suppuré, par le bacille d'Eberth ou le bacille paratyphique B.

Il faut faire le diagnostic *des complications*.

L'apparition de douleurs abdominales, siégeant au niveau d'un des flancs, l'existence de modifications de consistance, du déplacement du kyste, dans une certaine mesure, ne semblent pas toujours présager d'une *torsion kystique* (observations de Pitha, d'Engelman, de Richter). Le plus souvent, elle est une surprise opératoire. Pour Pitha cette torsion serait primitive.

L'accroissement progressif des douleurs, survenant par crises, accompagnées sur la feuille de température de clochers fébriles, témoignerait peut-être d'une poussée de péricystite, péricystite sur laquelle nous avons insisté; mais rien ne permet, de par l'étude des seuls stigmates cliniques, de présager prématurément d'une exérèse difficile.

Quant au diagnostic *de rupture du kyste suppuré*, nous avons vu qu'il devait être un diagnostic précoce basé avant tout sur un signe de valeur séméo-

logique considérable; l'apparition d'une contracture segmentaire, constante, progressive, au niveau d'un des côtés du bas ventre, où le doigt qui palpe apprécie par ailleurs l'existence d'une tumeur abdominale. De ce diagnostic précoce dépend l'intervention précoce, dont bénéficie la malade.

En résumé, du résultat de l'examen clinique et bactériologique l'on peut tirer deux faits essentiels :

Tantôt la malade vient de faire une typhoïde, l'hémoculture, le diagnostic ont été positifs: il est facile de rattacher à l'infection éberthienne la suppuration kystique.

Tantôt l'on pense à une fièvre typhoïde, mais l'examen de sang, voire les signes cliniques, ne confirment pas cette hypothèse; l'infection typhique paraît être une infection banale et l'on a la surprise de trouver à l'examen du bacille typhique, ou l'un des paratyphiques : ce fut, dans les trois cas du para B.

La suppuration kystique permet alors de faciliter un diagnostic rétrospectif qui semblait jusque-là malaisé.

On conçoit donc la valeur du diagnostic bactériologique : l'intervention a permis de prélever au niveau du kyste, du pus, par un procédé aseptique. Et les procédés de culture, parfois seulement après repiquages, permettent de différencier le bacille d'Eberth ou le paratyphique B.

Pronostic.

Le pronostic de la suppuration typhique ou paratyphique des kystes ovariens, est, dans l'ensemble, du seul point de vue vital, relativement bon.

Le bilan de cette affection se résume, dans les observations retrouvées, à deux exitus, dans des cas du reste anciens, et dont l'un avait été traité par la seule ponction abdominale (Bensis); quant à la malade de Werth, la difficulté opératoire était telle, que la guérison semblait sujette à caution.

Malgré la gravité de la suppuration typhique des kystes ovariens, malgré l'atteinte de l'état général dans certaines formes torpides, l'acte chirurgical, en supprimant l'important foyer purulent, enkysté, améliore singulièrement le pronostic de cette affection. Etant donné le fait que l'acte opératoire donne de véritables résurrections, on ne peut que se féliciter du résultat de cette constatation statistique, et donner dans le déterminisme thérapeutique la place qui est due à l'exérèse chirurgicale.

Observations.

Infection typhique des Kystes ovariens.

Nous relaterons tout d'abord l'observation de Von Cettingen dans laquelle l'infection typhique et la typhoïde furent presque simultanées.

I.— OBSERVATION DE VON CETTINGEN (résumée).

(Centralb. F. Gynäk., 1930).

Femme de 25 ans.

Vient d'un endroit où avait éclaté une épidémie de fièvre typhoïde.

Six semaines avant l'entrée à la clinique : avortement. Les premiers temps de cet avortement sont normaux. Puis hémorragie : durée quinze jours. Soumise, à cette époque, à un examen gynécologique par un praticien soignant un typhique.

Diagnostic du kyste ovarien droit de la grosseur d'un petit poing.

Bientôt éclatent des douleurs au niveau du bas-ventre ; une fièvre à caractère rémittent s'installe atteignant jusqu'à 40°2. Diarrhée.

En dehors des douleurs du bas-ventre se développe une

affection générale dont l'apparence rappelle celle de la typhoïde. Fièvre élevée. Diarrhée (pas d'Eberth dans les selles). Pas de taches rosées. Pas de grosse rate. Ventre ballonné.

Le palper met en évidence une tumeur kystique lisse atteignant l'ombilic.

Examen du sang. — Leucopénie. Séro-diagnostic positif : 1/400^e.

Pas d'Eberth dans les selles et dans l'urine.

Le kyste ovarien droit s'est développé selon un rythme essentiellement rapide. Le diagnostic restant hésitant et l'état général étant mauvais, l'on hésite à intervenir, mais devant le volume du kyste, devant l'apparition de quelques troubles de compression l'on intervient.

Opération (26 novembre). — Kyste bleuâtre, ovaire droit atteignant le rebord costal ; adhérence au niveau de sa paroi antérieure.

Aspiration du liquide kystique par une pompe spéciale : 4 litres de liquide purulent sont retirés. Le kyste s'affaisse et on essaie de l'énucléer.

Rupture du kyste pendant cette manœuvre, 3 litres de pus s'écoulent dans le péritoine. Ablation du kyste. Nettoyage de la cavité abdominale. Péritonisation du moignon.

Mikulicz.

Examen du contenu du kyste. — Culture pure Eberth. Histologiquement :

Kystome ovarien multiloculaire et pseudomucineux : 7 litres.

Purulence du kyste principal qui était revêtu d'une membrane pyogène : pas de bacille dans cette paroi.

Suites opératoires. — Amélioration de l'état général, la température (de 39-40) revient progressivement à la normale ; pas de réaction péritonéale notable. Lors de l'ablation du Mikulicz : légère élévation thermique.

Considérations de Von Cettingen sur cette observation. — Il est clair que les signes extérieurs de la maladie ont été entretenus par l'infection du kyste. Il reste douteux que la malade ait eu une typhoïde au sens ordinaire du mot avec invasion du sang par de grandes quantités de bacilles, on en doute à cause des constatations négatives de l'examen sanguin. La porte d'entrée ne pouvait être la voie vaginale. Et l'infection semble avoir été introduite par la voie vaginale lors de l'examen. Des bacilles isolés ont pénétré le sang, la lymphe à la faveur d'une plaie utérine. Les bactéries se seraient développées dans le kyste car c'est là qu'ils auraient trouvé un milieu de moindre résistance. L'augmentation rapide du volume du kyste est due à la rapidité d'accroissement du nombre de bacilles typhiques dans la cavité kystique. Les toxines résorbées inondent le corps et provoquent des phénomènes réactionnels d'infection générale.

Cette observation d'Cettingen se distingue en effet des cas décrits par le fait que la suppuration kystique est des plus précoces.

II. — OBSERVATION DE BARSONY (résumée).

(Centralb. f. Gynäk. 1931).

Femme de 31 ans.

Réglée à 13 ans, durée 3 jours. Accouchement normal en 1926. Avortement normal en 1929.

Le 30 août 1929 : typhoïde.

Dernières règles. — Novembre 1929. Depuis cette époque jusqu'au 12 mars 1930 : aménorrhée.

Vue le 21 mars 1930 : l'interrogatoire précise qu'il y a 5 ans l'on constata une tumeur latéro-utérine de la grosseur du poing. Pendant la fièvre typhoïde, l'on trouva une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Après avoir quitté l'hôpital à la suite de la dothientérie : douleurs, augmentation de volume de la tumeur, poussées fébriles, dyspnée. Depuis janvier accuse des douleurs à types de crampes plus marquées au milieu du bas ventre. Enfin métrorragies ayant débuté quelques jours avant l'entrée. Durée 8 jours.

Examen. — Mauvais état général.

Température. — 37°3-37°6, deux fois 38°. Pouls à 100.

Ventre ballonné. Tumeur kystique peu mobile. Albuminurie. Pyurie.

Examen sanguin. — Globules blancs : 6.1000. Polynucléose à 73 %.

Sérum sanguin agglutiné le bacille typhique au 1/160°.

En nous basant sur l'anamnèse, la fièvre, et le résultat de l'examen de sang, nous diagnostiquons un kyste de l'ovaire infecté par le bacille typhique.

Intervention. — Laparotomie médiane. Feuillet pariétal adhérent à la tumeur jusqu'au creux épigastrique. Kyste en apparence nécrosé, adhérent aux anses intestinales, dans toute sa surface. Libération de ces adhérences, puis des adhérences plus lâches du péritoine pariétal dans lequel la tumeur est complètement englobée. La tumeur ne peut être énuclée en raison de sa grosseur.

Ponction. — Issue d'une masse semi-fluide, purulente, jaune verdâtre, fétide, contenant des matières grasses, des boules de cheveux.

On libère ensuite les adhérences à la paroi postérieure après avoir pincé et coupé le ligament infundibulo pelvien et le mésosalpinx.

Ablation du kyste ovaire gauche. Péritonisation du moignon.

Mikulicz.

Suites opératoires. — Mikulicz enlevé le 8^e jour. Absès pariétal.

Guérison.

Débutée à la locale l'intervention fut terminée à l'anesthésie générale.

Pus. — Eberth.

Le kyste contient un liquide crémeux, gris jaune, des cheveux, un morceau d'os ressemblant au maxillaire inférieur (5 dents), une autre formation osseuse présentant 2 molaires. Au point de vue histo-pathologique. Tissu conjonctif pauvre en cellules fibreuses, par endroits : dégénérescence mucoïde. Granulations richement vascularisées, nombreux lymphocytes. Amas de pigments bruns par endroits.

Plasmodes. Couches profondes périvasculaires infiltrées de cellules rondes.

Tératome infecté de l'ovaire.

III. — OBSERVATION DE WIDAL ET RAVAUT (résumée).

(Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1902).

Femme de 34 ans.

Typhoïde.

Vers le 20^e jour, la malade accusait des douleurs dans l'abdomen, surtout à droite. Le lendemain : vomissements, ballonnement du ventre, maximum des douleurs. Température pendant trois semaines. Puis reprise des douleurs abdominales. Vomissements.

Facies abdominal. — Nez pincé, yeux excavés, teint plombé; pouls à 130. Ces symptômes inquiétants persistèrent pendant une semaine et disparurent. Le ballonnement, les douleurs diminuent; cinquante jours après l'entrée, état général bon; Alimentation.

Trois semaines après la défervescence : reprise des douleurs.

Température à 38°. Présence d'une tumeur de la fosse iliaque droite. On pense à une appendicite.

Laparotomie. — Kyste de l'ovaire, 1.500 gr. de liquide noirâtre.

Ablation du kyste et de la trompe droite. Guérison rapide.

Pus : culture pure de bacille typhique.

IV. — OBSERVATION DE LAUBENHEIMER (résumée).

(Bei. zur Kli. Chir. 1911).

Femme mariée, 6 enfants. Fièvre typhoïde avec deux rechutes.

Aménorrhée au début de l'affection : et l'on suspecte une grossesse car une tumeur abdominale apparaît.

Augmentation rapide du volume de la tumeur.

Toucher. — Tumeur pelvienne et abdominale. Diagnostic de kyste ovarien infecté par l'Eberth d'après l'anamnèse ; kyste remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, du volume d'une tête d'adulte.

Intervention. — Kyste ovarien. Adhérences. Liquide jaune, putride, faisant issue dans la cavité abdominale. Extirpation du kyste, lavage, drainage du péritoine.

Mikulicz. Guérison.

Considérations de Laubenheimer. — Le kyste est antérieur à l'apparition d'une fièvre typhoïde, l'infection kystique s'établit soit au cours de celle-ci, soit au cours de la rechute. L'infection est due au bacille d'Eberth. Les selles des malades contiennent des germes, il a été reconnu des porteurs sains longtemps après la maladie. Le sérum de la malade contient des bactériolysines et des agglutinines à fortes doses. Les colonies retirées des selles et du liquide kystique sont difficilement agglutinables au début par le sérum de la malade, et bien plus facilement après passages successifs ou simple culture. Enfin les lysines du sérum ont une influence variable suivant l'origine des bacilles : il faut

cinq fois plus de sérum pour l'action complète de bactériolyse, vis-à-vis des bacilles du kyste que pour celle vis-à-vis des bacilles des selles. Les bacilles typhiques, au cours des expériences d'agglutination, agissent vis-à-vis des lysines sériques comme si on avait à faire à une colonie étrangère de bacilles. La collection kystique, du fait même de son enkystement, n'a plus permis la production des éléments bactériolytiques ou des agglutinines correspondantes. Les produits contenus dans le sang répondent à des bacilles datant de la septicémie typhique au cours de la fièvre typhoïde.

V. — OBSERVATION DE MALDAGNE (résumée).

(Centralbl. f. Bakt., 1905).

Kyste infecté par le bacille d'Eberth, après guérison d'une fièvre typhoïde. Agglutination positive au 1/800^e après culture.

VI. — OBSERVATION DE KRIWSKY (résumée).

(Monat. F. Geb. und Gynäk., 1911).

Femme de 39 ans. 3 enfants.

Tumeur abdominale du côté gauche depuis seize ans. Dernière grossesse, il y a quatre ans. Règles arrêtées depuis janvier 1910, époque à laquelle la malade présenta une typhoïde grave.

Accuse des douleurs dans le bas-ventre. Pas de température.

Examen. — Tumeur abdominale, limitée en haut à l'om-

bilic, indolore, peu mobile, fluctuante ; le col utérin est immobile, dévié à droite et le fond de l'utérus se confond avec la tumeur dont on sent le pôle inférieur dans le cul-de-sac postérieur.

Diagnostic de kyste de l'ovaire adhérent.

Intervention. — Nombreuses adhérences du kyste avec la paroi abdominale et l'intestin. Tumeur du volume d'une tête d'enfant d'un an.

Ponction. — Pus vert foncé, grasse, cheveux. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Extériorisation de la tumeur, pédicule lié, coupé. Autre kyste gros comme le poing dans le Douglas : kyste de l'ovaire droit non suppuré. Ablation. Drainage vaginal. Suture. Guérison après suppuration, quitte l'hôpital le 59^e jour. Pus : Eberth pur, agglutinant après plusieurs repiquages.

VII. — OBSERVATION DE LEWIS (résumée).

(Amer. Journ. Med. Soc., 1902).

Femme 30 ans, jeune mariée.

Avortement de 3 mois, curettage. Puis fièvre typhoïde classique.

Sept semaines après le début, état général normal.

Le 40^e jour la malade présente une fièvre oscillante, l'examen met en évidence des taches rosées, la malade accuse quelques douleurs abdominales. Eberth dans les urines. Examen du sang : globules blancs 7.800.

Le 55^e jour : douleur à la défécation.

Abdomen asymétrique. Tympanisme. Examen sanguin : globules blancs : 4.800. Polynucléose : 90 %.

Au 60^e jour apparition de diarrhée, de douleurs abdominales. Au toucher : cul-de-sac gauche douloureux, fluctuation perceptible au palper combiné.

Intervention. — Kyste de l'ovaire adhérent au rectum à la trompe gauche. Rupture. Pus couleur de café s'écoule. Ablation du kyste, dont un peu de la paroi adhère au fond utérin.

Seconde rechute de la fièvre typhoïde. Température à 40°.

Taches rosées. Globules blancs : 7.900. Polynucléose à 72 %.

La température revient à la normale le 78^e jour.

Kyste à revêtement épithélial externe, à couches profondes conjonctives.

Culture de la paroi : Eberth. Culture du pus : Eberth pur.

VIII. — OBSERVATION DE LE CONTE (résumée).

(Am. Journ. Med. Soc., 1902).

Femme de 28 ans, relève de couches (5^e semaine).

Elle présente une fièvre qui bientôt atteint 40°. Taches rosées.

Examen de sang. — 2.600 globules blancs.

L'on suspecte une infection puerpérale ou une fièvre typhoïde.

Réaction de Widal positive.

Signes cliniques de dothiéntérie atténuée.

Le 11^e jour de l'infection l'on note l'apparition d'une fièvre hectique et la malade accuse bientôt une douleur siégeant

au niveau du bas-ventre, avec une sensation de tension abdominale.

Le toucher met en évidence l'existence d'une tumeur fluctuante, saillant dans le Douglas, l'utérus est plaqué contre la symphyse pubienne.

Colpotomie le 37^e jour de l'affection : évacuation d'un pus verdâtre, fétide, grumeleux : os, cartilage. Lavages quotidiens. Puis rechute : fièvre hectique, en plateau aux environs de 40°, leucocytoses à 5.500. Réaction de Widal positive. Trois mois après l'incision, guérison. Quatre mois après : laparotomie et ablation d'un kyste dermoïde gauche, adhérent largement, partout aux organes voisins.

Eberth dans le pus.

IX. — OBSERVATION DE M. J. TAPIE (résumée).

(Soc. méd. des Hôp., 1929).

Femme de 22 ans.

Fièvre typhoïde atypique à la troisième semaine de son évolution.

Au cours d'un examen : constatation d'une tumeur ovoïde, médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Peu douloureuse. Pas de contracture abdominale.

Toucher. — Tumeur indépendante de l'utérus, difficilement mobilisable.

Température : 39° Pouls : 180.

Trois jours après : aggravation de l'état général. Délire. Dyspnée.

Facies péritonéal, vomissements.

Intervention d'urgence : anesthésie locale, kyste de l'ovaire droit remontant jusqu'à l'ombilic. Adhérences nombreuses unissant le grand épiploon au péritoine pariétal. Ponction du kyste : drainage d'un litre de pus, épais, laiteux.

Amélioration de l'état général post-opératoire. Température 38°3.

Pouls 120. Disparition du délire. Chute de la fièvre les jours suivants. Suites : le 5^e jour le drain ne donne presque plus. Reliquat d'une fistule au niveau du kyste marsupialisé.

L'examen bactériologique a permis d'isoler : un bacille mobile ayant tous les caractères de l'Eberth.

X. — OBSERVATION DE SUDECK (résumée).

(Münchener Med. Woch., 1896).

Femme de 32 ans, multipare.

Fièvre typhoïde.

Quatre semaines après, apparition d'une tuméfaction dans le bas-ventre gauche.

Douleurs, fièvre hectique.

Intervention. — Kyste du volume d'une tête d'enfant de dix ans.

Adhérences. Liquide chocolat, d'odeur fétide, dont une partie s'écoule dans l'abdomen. Absès secondaire de la paroi.

Cultures pures d'Eberth dans le liquide ; dans la paroi (diplocoques) pas de bacille d'Eberth. Pus de l'abcès pariétal : Eberth ; staphylocoque,

XI. — OBSERVATION DE WALGREN (résumée).

(Archiv. F. Gynäk. 1899).

Femme de 39 ans.

Kyste antérieur de cinq ans à la fièvre typhoïde.

Depuis cette dernière : douleurs continues, fièvre. Puis apparition d'une tumeur lisse, tendue, mobile avec au toucher un utérus abaissé, antéfléchi.

Intervention. — Kyste de l'ovaire droit dermoïde suppuré, adhérences partielles à la paroi abdominale. Un litre et demi de pus jaune verdâtre avec des flocons, grumeaux, cheveux. Cautérisation de l'ovaire gauche scléro-kystique. Aspect inflammatoire de la paroi contenant des leucocytes dégénérés.

Bacilles dans le pus kystique.

XII. — OBSERVATION DE GANS (résumée).

(Monat. f. Geb. U. Gynäk., 1908).

Malade de 36 ans. Nullipare.

Réglée toutes les 4 semaines ; durée : 4 à 5 jours.

Remarquait que depuis six ans son ventre augmentait de volume.

Depuis trois ans, tumeur de grosseur moyenne siégeant au niveau du bas ventre droit. Indolore.

Typhoïde ; pendant son évolution, diagnostic de tumeur ovarienne.

Quatre mois après la fin de cette affection, la malade

accuse quelques douleurs au niveau du bas-ventre. Pas de fièvre.

Deux mois après, une deuxième crise douloureuse fait son apparition. Météorisme. Vomissements.

Pouls : 90.

Tumeur de grosseur moyenne, médiane, remontant trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; masse irrégulière au palper avec des parties de consistance solide ; par ailleurs, tympanisme à la percussion. Utérus antéfléchi. Tumeur adhérent à l'utérus.

Intervention. — Tumeur kystique de l'ovaire droit, adhérent au péritoine ; libération difficile de ces adhérences ; un pus noirâtre s'échappe dans l'abdomen ; hystérectomie impossible ; drainage abdominal ; Eberth dans le pus.

XIII. — OBSERVATION DE BENSIS (résumée).

(Centr. f. Gyn., 1906).

Malade de 40 ans.

Depuis seize mois : kyste de l'ovaire gauche, indolore. Se croyait enceinte. Typhoïde deux mois auparavant. Développement de la tumeur. Température normale. Ponction : Pus contenant de l'Eberth.

Paracentèse retirant six kilos de pus.

Exitus après péritonite.

XIV. — OBSERVATION DE WINDISCH (1911).

Kyste de l'ovaire suppuré à la suite d'une fièvre typhoïde. Obligé de faire une colpotomie postérieure. Trois ans de suppuration jusqu'à ce que le contenu de la poche (kyste dermoïde) soit éliminé. Eberth en masse pendant cette élimination.

XV. — OBSERVATION DE PITHA (résumée).

(Cent. F. Gyn., 1897).

Malade de 25 ans.

Fièvre typhoïde.

A la cinquième semaine, début appréciable du kyste. Evolution rapide, tumeur douloureuse au palper, saillant dans le vagin, au toucher utérus plaqué contre la symphyse.

Trois mois après, intervention. Kyste dermoïde suppuré. Paroi nécrosée par places, faibles adhérences à l'intestin, au Douglas, au ligament large droit. Adhérences très résistantes avec les parois du bassin qui à droite, se trouve mis à nu jusqu'au périoste, on recouvre celui-ci de débris de péritoine.

Trois litres de pus avec cheveux. Pas de bacilles à l'examen.

Eberth à la culture.

XVI. — OBSERVATION DE WALKER (résumée).

(Am. Pract. a News., 1902).

Femme de 20 ans, jeune mariée.

Fièvre typhoïde.

A la cinquième semaine, douleurs siégeant au niveau du bas-ventre, à la gauche de la ligne médiane. L'état général est altéré : frissons, fièvre ; l'on trouve une tumeur à l'examen clinique.

Intervention sept mois après. Kyste dermoïde volumineux, « un gallon de pus » fortes, adhérences ; $\frac{1}{4}$ du contenu kystique fuse dans l'abdomen. Drainage. Abscess pariétal. Guérison.

Eberth dans le pus.

XVII. — OBSERVATION DE M. J. ABADIE (résumée).

(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1928).

Femme de 33 ans.

Convalescente de fièvre typhoïde.

Apyrétique après trente jours de maladie.

Une semaine après : apparition d'une fièvre : 37°5 le matin, 38°5 le soir. Douleurs dans le bas-ventre.

Examen. — Tumeur régulière, rémittente, relativement mobile, douloureuse, située à gauche, au-dessus de l'utérus.

Diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré.

Intervention. — Kyste à surface vascularisée et enflammée. Quelques adhérences avec la paroi pelvienne. Ablation aisée.

Kyste dermoïde, quelques poils agglomérés par sébum, liquide graisseux, très fluide, se prend par refroidissement.

Pus. — Germe isolé présentant les propriétés caractéristiques du bacille typhique.

XVIII — OBSERVATION D'ENGELMAN (résumée).

(Central. F. Gynäk., 1901).

Femme de 38 ans.

Cinq mois après une fièvre typhoïde, mise en évidence d'un kyste, gros comme un utérus gravide de huit mois. Un peu de fièvre, facies ovarien.

On pose le diagnostic de torsion de pédicule.

Kyste dermoïde multiloculaire droit avec quelques adhérences, à pédicule une fois tordu. Contenance : un litre et demi de pus jaune, grumeleux, avec cheveux.

Ablation de l'autre ovaire scléro-kystique. Hystérectomie.

Paroi infiltrée de leucocytes. Après culture du pus : Eberth pur.

XIX. — OBSERVATION DE ZANTCHENKO (résumée).

(Monat. F. Geb. u. Gyn., 1904).

Femme, âgée de 28 ans, multipare.

Huit mois auparavant : fièvre typhoïde. Pendant son évolution apparition d'une tumeur, accroissement quotidien du volume de la tumeur qui devient cause de gêne permanente.

Périodes fébriles depuis lors.

Se présente avec une tumeur abdominale.

Une fièvre oscillante entre 37 et 38°3.

Un pouls parallèle.

On trouve une tumeur sus-pubienne fixée, mate, latéro-utérine au toucher vaginal.

Intervention. — Adhérences de la tumeur au péritoine antérieur, à l'intestin. Exérèse.

Pus verdâtre, sans odeur, avec de multiples grumeaux.

Type de paroi inflammatoire. Pas de bacille dans la paroi.

Différenciation de l'Eberth par les milieux de culture.

XX. — OBSERVATION DE SCHIPEROWITCH (résumée).

(Beitr. Z. Klin. Chir., 1911).

Femme de 26 ans.

Convalescente de fièvre typhoïde.

Apparition d'un kyste de l'ovaire, noté au cours d'un examen complet de la malade.

Deux mois plus tard : fièvre, 39°3, mauvais état général, amaigrissement, faciès ovarien, troubles digestifs, vomissements, sueurs.

Après refus d'intervention (ponction), pus sale, mal lié, odeur fade.

Eberth pur.

XXI. — OBSERVATION DE WERTH (résumée).

(Deutsche Med. Woch., 1893).

Femme de 29 ans.

Fièvre typhoïde.

Quatre mois après : apparition d'un kyste de l'ovaire avec phénomènes douloureux.

Huit mois plus tard : tumeur volumineuse, fluctuante.

Intervention. — Kyste avec adhérences épiploïques inflammatoires. L'épiploon adhère aussi à la paroi ; déchirure du kyste ; pus dans le péritoine ; fortes adhérences de la face postérieure du kyste avec le côlon transverse.

Ablation du kyste. Excision partielle de l'autre ovaire scléro-kystique.

Mort. Kyste dermoïde suppuré ; paroi interne inflammatoire ; par place, de l'épiderme subsiste, cheveux, pus épais, visqueux.

Examen bactériologique du pus :

Eberth pur.

XXII. — OBSERVATION DE RICHTER ET AMREICH (résumée).

(Monat. f. Geb. u. Gyn., 1921).

Malade de 30 ans.

Typhoïde fin décembre 1928. Quinze jours après, apparition d'une fièvre oscillante atteignant 39°. Hémoculture négative.

Dix jours après : douleurs dans le bas-ventre. Reprise de la fièvre.

Au toucher : diagnostic de tumeur ovarienne.

Les jours suivants : température matinale normale alors que température vespérale atteint 38, 39°5. Douleurs dans le bas-ventre.

Leucocytose : 15700 fin janvier, 17400 fin février.

Examen. — Tumeur débordant la symphyse pubienne de quatre travers de doigt. Utérus en antéversion et anté-

flexion. Tumeur de volume moyen, latéro-utérine, accolée à l'utérus.

Le 18 mars : la malade accuse une violente douleur abdominale.

Pouls petit. Température à 39°6. Vomissements. Symptômes de péritonite manifeste le lendemain.

Diagnostic. — Péritonite libre à la suite d'une infection de tumeur ovarienne.

Laparotomie. — Exsudat péritonéal, surtout dans la fosse iliaque droite. Adhérences ; pus dans le Douglas. Kyste de l'ovaire droit perforé, tour de spire du pédicule de 90°. Ablation du kyste.

Kyste dermoïde. Pus : cholestérine, cellules épithéliales, leucocytes. Bacilles typhiques après culture.

XXIII. — OBSERVATION DE M. CHAUVENNET (in thèse de Clerc. Bordeaux, 1930).

Malade de 40 ans.

Depuis quinze jours environ convalescente d'une fièvre typhoïde.

Le 20 août 1927, douleur soudaine, violente dans la fosse iliaque et le flanc droit, avec état syncopal, vomissements, arrêt des gaz. Examinée quatre heures après le début de ces accidents, la malade présente un faciès grippé, un pouls filant, une température à 39°5 ; le ventre est de bois et le maximum de contracture est à droite.

Le toucher montre une masse utérine peu mobile, peu sensible, de consistance fibromateuse. On pense à une perforation intestinale.

Intervention. — Du liquide purulent brun, d'aspect fécaloïde, s'écoule de la cavité péritonéale; rien au cæcum, à l'appendice; rien au grêle. On se reporte du côté de l'appareil génital où il existe un fibrome gros comme trois poings.

Il est flanqué d'un kyste ovarien gauche, de volume double de celui de l'utérus, inclus dans le ligament large. A sa partie postérieure ce kyste présente une perforation par laquelle s'écoule un liquide couleur chocolat.

La malade donnant des signes inquiétants de fatigue, on marsupialise le kyste à la paroi, en drainant la cavité abdominale avec quelques mèches.

Pus. — Eberth.

Dans les suites opératoires, phlébite du membre inférieur gauche.

Deux mois après : hystérectomie subtotale un peu difficile.

Suppurations à paratyphiques.

XXIV. — OBSERVATION DE CORSCADEN (résumée).

(New-York Acad. Med., 1922).

Femme âgée de 44 ans.

Kyste de l'ovaire droit, reconnu au cours d'un examen sept ans auparavant. Menstruation régulière depuis lors, sauf un trouble du dernier flux menstruel en avance de cinq jours.

Début de l'affection par : céphalée, fièvre; température : 38°2; puis prostration, fièvre à 39°.

Examen. — Masse mesurant environ 15 centimètres de

diamètre, sus-pubienne, non rénitente, indolore, mobile.

Utérus en rétroversion, dévié bas, à droite, par la masse.

Hymen intact.

Hémoculture négative. On pense à une grippe ou à une fièvre typhoïde.

Le neuvième jour, la courbe de température atteint 40°2; vers le douzième jour le pouls est ralenti. La masse est devenue dure, son bord supérieur atteint l'ombilic.

La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de kyste de l'ovaire infecté. Hémoculture et séro-diagnostic négatifs.

Intervention. — Kyste de l'ovaire droit dont les parties antérieures et supérieures sont de couleur pâle; les adhérences se font avec la paroi postérieure du pelvis, cette portion est œdématisée et friable. Ovariectomie relativement aisée. Liquide noirâtre dû à un épanchement sanguin, masses jaunâtres en suspension.

Culture. — Para B en grand nombre. Agglutination au 1/6000.

XXV. — OBSERVATION DE CORDUA (résumée).

(Centr. f. Gynak., 1926).

Femme ayant eu une paratyphoïde quatre ans auparavant.

Depuis deux ans douleurs diffuses dans le bas-ventre survenant tous les 4 à 6 mois.

Annexes droites et annexes gauches perceptibles au toucher, utérus antéfléchi.

On pense à une pelvi-péritonite.

Intervention. — Grosse tumeur kystique de l'ovaire gau

che, avec abcès, Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Hystérectomie. Para B dans le pus.

XXVI. — OBSERVATION DE M. LE D^r MONDOR.

Le 14 novembre 1929, je suis appelé par M. le D^r Marsset, auprès d'une malade, Mme D..., âgée de 34 ans.

Cette jeune femme est alitée depuis le 30 octobre pour un état fébrile mal identifié. Entre le 23 et le 30 octobre, la température a atteint 40°2 et 40°8. Depuis ce sont des oscillations irrégulières entre 37°8 et 40°. L'état général est très mauvais. Les examens médicaux répétés n'ont pas permis un diagnostic précis : aucune localisation pulmonaire, pas de splénomégalie, pas de taches rosées. L'hémoculture a été négative, le séro-diagnostic, à deux reprises, négatifs ; la recherche de la fièvre de Malte, négative.

A 15 jours de distance, entre le 24 octobre et le 10 novembre, on trouve un seul signe digne d'être retenu : une augmentation certaine du volume de la rate.

Vers le 12 novembre, apparition d'une tuméfaction hypogastrique débordant sensiblement le pubis : tuméfaction indolente, rénitente ; le cathétérisme vésical permet de retirer une urine claire et ne modifie en rien le volume de cette tuméfaction. Des examens radiographiques il résulte que cette tuméfaction ne communique pas avec la vessie,

mais lui est intimement adhérente. L'examen du sang indique une leucocytose légère : 9.500 globules blancs avec éosinophilie.

Le 14 novembre, je trouve les signes d'une collection sous-péritonéale, sans tension, collée contre la paroi pelvienne, tout à fait indolente ; l'examen gynécologique apprend que cette collection est latéro et pré-utérine et qu'elle semble, surtout, étalée mollement contre la paroi pelvienne droite et contre la vessie.

Nous prescrivons, Marsset et moi, le propidon qui fait tomber la température autour de 38° où elle va se tenir pendant plus d'un mois. Mais la tuméfaction qui sembla d'abord diminuer, resta ensuite stationnaire.

En revanche, la malade est de plus en plus dans un état général si précaire de maigreur, d'inanition, d'anorexie, qu'on pense à une collection froide chez une tuberculeuse à bacillose généralisée, ou à une collection eberthienne, ou à un kyste ovarien infecté.

Comme les symptômes généraux s'aggravent (fièvre, amaigrissement, cachexie) et que rien ne vient ou faire écarter ou fortifier l'une ou l'autre de ces hypothèses, la laparotomie exploratrice est décidée le 5 janvier.

Je trouve un kyste dans le ligament large, inclus, très adhérent et peu tendu ; une périkystite serrée en rend l'ablation très difficile, plus particulièrement dans la région juxta-vésicale : l'hystérectomie est nécessaire pour faciliter celle-ci et un large drai-

nage par mèches semble prudent à la fin de l'intervention.

Les suites opératoires furent bonnes, vites parfaites. En quelques jours la température redevint normale et en quelques semaines la malade guérit et passa de la cachexie la plus préoccupante à l'engraissement.

Le kyste était un kyste dermoïde ovarien rempli de pus.

L'examen bactériologique du liquide nous apprit qu'il contenait exclusivement du bacille paratyphique B et permit d'identifier toute la maladie, restée jusque-là innommée. Les choses avaient eu le déroulement suivant :

Paratyphoïde. Infection d'un kyste ovarien jusque-là méconnu, augmentation de volume de celui-ci. A cause du siège sous-péritonéal de ce kyste, de son indolence absolue, de l'extrême cachexie de la malade, difficultés cliniques plus grandes.

L'examen histologique de la paroi du kyste fut fait par Mlle le Dr Gauthier-Villars et confirma les constatations opératoires et la réponse du laboratoire de bactériologie.

Le fragment prélevé, qui répond à la paroi du kyste ne comporte pas de tissu ovarien proprement dit.

En bordure même de la cavité, il ne subsiste plus trace d'épithélium, mais seulement une épaisse couche de tissu de granulation dont le bord libre est régulièrement dessiné.

On y remarque de très nombreux vaisseaux néo-

formés autour desquels se groupent des amas de polynucléaires et une infiltration diffuse de lymphocytes. Ces lésions inflammatoires n'ont pas de caractères topographiques particuliers ; c'est en somme la paroi d'un volumineux abcès en voie d'organisation.

En profondeur une épaisse couche de tissu fibreux forme le reste du fragment examiné ; ses faisceaux sont séparés par quelques trainées de leucocytes.

Une coupe colorée par la méthode de Bonhoff, montre quelques amas de bâtonnets de petite taille colorés électivement en bleu clair, et qui appartiennent au groupe typhique.

Observations sans contrôle bactériologique.

A côté de ces observations à contrôle bactériologique précis, nous ne rappellerons ou résumerons que les observations suivantes : Walsberg (1888), Vignard (1905), Bland Sutton (1915). En 1928 M. Laporte publie l'observation d'une femme de 33 ans atteinte de fièvre typhoïde ; 10 jours après le début, on perçoit une tumeur au-dessus du pubis, indolore. La fièvre oscille entre 38° et 39°. Le séro-diagnostic est positif. La tumeur augmente progressivement de volume. L'on pose le diagnostic de « kyste de l'ovaire dermoïde et suppuré ». Clerc dans sa thèse, rapporte l'observation d'une femme de 32 ans en convalescence de para-typhoïde. Elle présentait

des crises douloureuses dans le bas ventre, à répétition ; à l'intervention kyste suppuré de l'ovaire droit, et gros pyosalpinx gauche ; pus stérile. Lambrichts *Bruxelles Médical* (1930), publie l'observation d'une jeune fille de 16 ans atteinte de fièvre typhoïde depuis six semaines, présente brusquement un syndrome péritonéal : on pense à une perforation intestinale, mais à l'intervention on découvre une tumeur annexielle d'origine kystique, remplie de pus ; ablation ; guérison.

Sampson relate deux observations : une malade de 36 ans présente une tumeur abdominale avec fièvre : diagnostic de kyste de l'ovaire infecté ; à l'intervention du pus s'échappe d'un kyste de l'ovaire gauche, infecté de même que l'ovaire droit. Endométriose atteignant la partie postérieure de l'utérus, le ligament large. Dans le pus kystique : bacille Gram négatif présentant les caractères du groupe paratyphique mais n'agglutinant pas par le même sérum. Sampson pense à un para-typhique C. La seconde observation est celle d'une femme de 47 ans, qui présente deux crises douloureuses abdominales avec fièvre. On trouve une tumeur abdominale et on pense à un kyste de l'ovaire dégénéré. L'intervention montre un gros kyste de l'ovaire contenant un pus chocolat, avec une induration sigmoïdienne en regard du kyste. Bacilles Gram négatif, dans le liquide kystique.

Traitement.

Les indications générales du traitement ne prêtent à aucune espèce de discussion : tout kyste de l'ovaire suppuré doit être opéré.

La ponction par voie abdominale n'est plus défendue par personne, et il suffirait d'évoquer le cas de Bensis (1906) pour proscrire cette thérapeutique.

La colpotomie postérieure semble sujette à caution : une colpotomie fut pratiquée le 37^e jour d'une infection générale où l'on décela une tumeur du Douglas (observation de Le Conte) : elle donna lieu à l'évacuation d'un pus provenant d'un kyste dermoïde ; la fièvre typhoïde présenta une rechute, mais peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence. Dans l'observation de Windisch, la colpotomie donna lieu à une suppuration de près de trois années et cette éventualité n'en est pas moins troublante.

La marsupialisation avec drainage du kyste ne semble pas avoir rallié l'unanimité des opéra-

teurs : elle fut pratiquée à deux reprises, la malade donnait alors des signes évidents de fatigue ; cette méthode présenterait un intérêt appréciable en faisant cesser les phénomènes d'infection, en améliorant l'état général, en diminuant les adhérences intestinales bien qu'elle ne facilite pas toujours une libération secondaire (observation de M. Chauvenet). Elle semble réservée aux kystes adhérents à la paroi abdominale antérieure et aux cas où il faut faire une intervention rapide et simple, et ne pas aller au-delà de la capacité de résistance de la malade.

L'ablation du kyste suppuré en un temps est dominée par plusieurs faits essentiels.

C'est un kyste *adhérent* : la péricystite gêne le plus souvent l'ablation de ce kyste suppuré.

C'est un kyste *friable* : il faut éviter la rupture ; cependant lorsqu'elle se produit, malgré les précautions, le péritoine semble présenter une tolérance extraordinaire.

C'est un kyste *suppuré* : et son ablation semble des plus prudentes, sous le couvert d'un large méchage de sécurité.

Un premier temps consiste en la libération de ces adhérences sur lesquelles nous avons longuement insisté. Dans un deuxième temps, une ponction préalable pourra, dans certains cas, diminuer le volume du kyste pour mieux l'énucléer et permettra par là même d'en prélever du pus, par voie stérile.

De deux choses l'une : l'ovariotomie est possible et semble judicieuse, de par l'état des annexes opposées, on l'a pratiquée ; ou bien le kyste est largement adhérent : une hystérectomie aidera à l'ablation du kyste suppuré (observation de M. Mondor).

Il semble judicieux, en présence de ces cas graves, voire dans le cas de rupture de la poche suppurée, de mettre un Mikulicz, qui donne au chirurgien une impression de sécurité, que confirment à la fois l'état général de la malade et la feuille de température.

En cas de rupture avec péritonite la conduite à tenir est difficile à déterminer : la marsupialisation et l'ablation du kyste en un temps, furent effectuées avec un égal bonheur, l'une et l'autre ; on se laissera guider par des considérations opératoires ou personnelles.

Conclusions.

1° Dans le groupe des kystes suppurés de l'ovaire il semble qu'il faille faire une place à part à la suppuration éberthienne ou paratyphique. La suppuration kystique constitue, en effet, une des localisations du pouvoir pyogène du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques.

2° Cette localisation n'est pas fréquente ; nous avons relevé 26 observations de kystes suppurés à bacille d'Eberth et 3 observations de kystes infectés par le bacille paratyphique B, avec contrôles bactériologiques précis. Il s'agit, le plus souvent, d'une localisation du processus infectieux au niveau d'un kyste dermoïde.

3° Cette suppuration se produit vraisemblablement par voie sanguine, bien que la voie intestinale offre à certains des arguments de valeur.

4° Cette suppuration s'installe chez la femme atteinte de fièvre typhoïde, soit dès le troisième septennaire de la septicémie éberthienne, soit pendant la convalescence surtout vers le deuxième ou

troisième mois, voire plusieurs mois après la fin d'une dothiéntérie.

5° Tantôt la localisation se fait au niveau d'un kyste reconnu auparavant ; souvent le kyste était méconnu et ce n'est pas là un des moindres attraits de l'étude clinique.

6° La suppuration kystique se présente en clinique sous des formes variables : forme subaiguë fréquente, forme aiguë, péritonéale, enfin forme torpide, traînante, à rechutes, où l'on retrouve la chronicité de certaines suppurations éberthiennes. Enfin le kyste suppuré peut se rompre : une péritonite s'installe à brève échéance.

7° Le diagnostic de la suppuration typhique ou paratyphique des kystes ovariens est souvent difficile.

Il est d'autant plus délicat que la suppuration est plus précoce : les signes généraux en sont alors noyés dans ceux de la typhoïde en évolution.

Mais souvent la dothiéntérie est méconnue et il n'est pas toujours possible de rattacher à sa genèse une telle infection kystique, qui semble primitive, au prime abord.

8° Le laboratoire, par l'hémoculture, le séro-diagnostic, est d'un puissant secours pour faire la différenciation, mais parfois la négativité de ses examens

ne permet pas de conclure, et d'autre part la dothiéntérie est trop ancienne.

9° Le pronostic est bon des kystes opérés si l'on compare la gravité relative d'une telle suppuration à celle des autres suppurations des kystes ovariens.

10° Le traitement est avant tout un traitement chirurgical. La malade, souvent cachectique, bénéficie grandement de l'intervention. Celle-ci consiste en l'ablation du kyste par ovariectomie simple, ou le plus souvent après une hystérectomie préalable qui, étant donné la constance d'une périekystite caractéristique trouve à l'abri d'un drainage avec mèches, une indication des plus fréquentes.

11° L'intervention permet, par ailleurs, en prélevant du pus au niveau du kyste suppuré, de mettre en valeur, par un examen bactériologique et par les procédés de culture, le bacille d'Eberth ou l'un des bacilles paratyphiques. Cette constatation facilite ainsi la confirmation d'un diagnostic clinique entrevu, ou permet de rattacher à son origine, une affection jusque-là innommée.

Vu : le Président de la thèse,
M. LENORMANT.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

Bibliographie.

- Abadie (M. et Mme).* — De la suppuration des kystes de l'ovaire dans la fièvre typhoïde (Montpellier médical, 1904, p. 117-161).
- Abadie.* — Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacilles d'Eberth (Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1928, p. 356).
- Barsony.* — Suppuration d'un kyste de l'ovaire après fièvre typhoïde (Centr. f. Gynäk., 1931).
- Bensis.* — Centralb. f. Gynäk., 1906.
- Clerc.* — Suppuration des kystes de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1931.
- Cordua et Keck.* — Paratyphique B dans le pus d'abcès ovariens (Centralb. f. Gynäk., 1926).
- Corscaden.* — Paratyphoïde B infection of an ovarian cyst. (New-York Acad. Med., déc. 1922).
- Engelman.* — Ein Beitrag zu dem Nachweise von Typhusbacillen in vereiterten ovarienzysten (Centr. f. gynk. 1901, p. 633).
- Gans.* — Suppuration typhique des tumeurs ovariennes (Monats. f. geb. und Gynäk., 1908).
- Kriwsky.* — Suppuration d'un kyste de l'ovaire à bacilles typhiques (Monat. f. geb. Gynäk., 1911, p. 696).
- Laubenheimer.* — Bacilles typhiques dans le pus d'un kyste de l'ovaire (Beitr. zur Klin. Chir., 1911).
- Lewis et Le Conte.* — Infection of ovarian cyst. during typhoid fever (Americ. Jour. Med. Soc., 1902, p. 590).
- Maldague.* — Bacille d'Eberth dans un kyste de l'ovaire après une typhoïde (Centr. f. Bakt., 1905, p. 249).

- Oettingen.* — Infection typhique d'un kyste de l'ovaire (Centr. f. Gynäk., 1930).
- Pigot.* — Suppuration typhique des kystes de l'ovaire Thèse Toulouse, 1931.
- Pitha.* — Suppuration d'un kyste ovarien après fièvre typhoïde (Central. f. Gynäk., 1897, p. 1109).
- Sudeck.* — Über post typhose Eiterung in einer Ovarialcyste (Munch. Mediz. Woch., 1896).
- Taberlet.* — Le pouvoir pyogène des bacilles paratyphiques. Thèse de Paris, 1921.
- Vignard.* — Suppuration d'un kyste de l'ovaire après fièvre typhoïde (Gaz. Méd. de Nantes, 1905, p. 641).
- Walgren.* — Infection typhique d'un kyste de l'ovaire (Archv. f. Gynäk., 1899, p. 15).
- Walker.* — Infection of an ovarian cyst by the typhoid bacillus (Americ. Prac. A. News., 1902, p. 420).
- Coleman.* — Suppurations typhiques des kystes de l'ovaire (Amer. Journ. Obste., 1923).
- Wannerbroucq.* — Rupture d'un kyste ovarique pendant le cours d'une fièvre typhoïde (Bulletin médical du Nord, 1860).
- Werth.* — Post-typhose Eiterung in ovariencysten (Deuts. Mediz. Woch., 1893, p. 489).
- Widal et Ravaut.* — Localisation du bacille d'Eberth chez des typhiques sur les organes préalablement lésés (Bull. et Mem. Soc. méd. des Hôp., 1902, p. 45).
- Zantchenko.* — Contribution à l'étude de la suppuration typhique des kystes de l'ovaire (Monat. f. Geb. U. Gynäk., 1904).

